CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGJI KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

Komitet redakcyjny: *dr. Jerzy Choróbski, mjr. dr. Henryk Ciszkiewicz, dr. Leopold Dengel, doc. dr. Władysław Dobrzaniecki, dr. Józef Garbień, prof. dr. Jan Glatzel, prof. dr. Henryk Hilarowicz, dr. Alfred Janik, dr. Jerzy Jasieński, mjr. dr. Adam Kielbiński, dr. Jan Kołodziejski, doc. dr. Stanisław Laskownicki, doc. dr. Stanisław Nowicki, dr. Gustaw Nowotny, prof. dr. Tadeusz Ostrowski, prof. dr. Zygmunt Radliński, doc. dr. Franciszek Raszeja, doc. dr. Jerzy Rutkowski, płk. dr. Tadeusz Sokołowski, mjr. dr. Adam Sołtysik, dr. Marjan Stefanowski, dr. Marjan Trawiński, dr. Edward Witkowski, doc. dr. Adolf Wojciechowski, doc. dr. Jan Zaorski, dr. Juljusz Zaremba, prof. dr. Ludwik Zembrzuski.*

Wydawcy i redaktorzy: *dr. Jan Kołodziejski, doc. dr. Jerzy Rutkowski, płk. dr. Tadeusz Sokołowski, doc. dr. Jan Zaorski.*

REDAKCJA i ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. 6 SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK I. Nr. 1

15.X.1936.

„CHIRURG POLSKI”

przyjmuje do druku prace oryginalne, streszczenia zbiorowe i notatki kliniczne ze wszystkich działów chirurgji. Koszty sporządzania klisz ponosi wydawnictwo, autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek pracy. Prace, nadesłane przez lekarzy Klinik, Zakładów, Instytutów i t. d., powinny zawierać aprobatę kierownika na ogłoszenie w druku .

Zadanie czasopisma polega na poruszeniu w każdym zeszycie kilku bieżących zagadnień lecznictwa chirurgicznego i techniki operacyjnej; ze względu na szczupłe rozmiary pisma (32 str. druku), redakcja prosi o ograniczanie prac do 5—8 str. druku. Prace są grupowane w 3 działach głównych:

1. Prace oryginalne, referaty i streszczenia zbiorowe,
2. Technika operacyjna,
3. Oceny i streszczenia.

Prócz tego pismo zawiera następujące stałe rubryki:

1. Sprawozdania z posiedzeń i Zjazdów,
2. Rubryka wiadomości, obchodzących ogół chirurgów (uniwersytety, szpitale, mianowania, stypendja, konkursy i t. p.),
3. Skrzynka zapytań i odpowiedzi; nadchodzące zapytania, redakcja rozsyła członkom Komitetu redakcyjnego z prośbą o udzielenie odpowiedzi. Zapytania i odpowiedzi są ogłaszane bez podawania nazwiska pytającego.

Pismo zamieszcza co kwartał dodatek, polską bibljografję chirurgiczną — spis wszystkich prac z dziedziny chirurgji, jakie się ukazały w polskiem piśmiennictwie lekarskiem; streszczeń prac autorów polskich pismo nie podaje, jedynie oceny, względnie notatki dyskusyjne.

CHIRURG POLSKI

ROK I. WARSZAWA, 15 PAŹDZIERNIKA 1936 R. NR 1.

SŁOWO WSTĘPNE.

Oddajemy do rąk czytelników pierwszy zeszyt nowego pisma w przekonaniu, że przyczyni się ono do rozbudzenia bliższego kontaktu i żywszej wymiany myśli pomiędzy chirurgami polskimi.

Potrzebę pisma stworzyło życie, które idzie szybko naprzód: metody ulegają przeobrażeniom i to, co dziś uchodzi za dogmat postępowania, staje się już nie w ciągu lat, jak dawniej, a nieledwie w ciągu miesięcy, anachronizmem. Zachodzi więc konieczność żywej wymiany poglądów na łamach pisma, ukazującego się w niewielkich odstępach czasu, a poruszającego aktualne zagadnienia wszystkich działów chirurgji klinicznej i techniki operacyjnej.

Jednym z działów medycyny, który doznał w ciągu ostatnich lat dużego bodźca i znajduje się stale w fazie rozwoju i doskonalenia, jest traumatologja: pismo będzie poświęcać dużo miejsca tej gałęzi chirurgji.

„Chirurg Polski" jest wydawnictwem, przeznaczonem dla najszerszych warstw chirurgów. Redakcja przyjmie do druku prace i spostrzeżenia kliniczne od każdego kolegi, jak również udzieli chętnie wyjaśnień w dziale odpowiedzi na każde zapytanie. Nasze wysiłki będą zmierzać do tego, aby pismo stało się własnością i dorobkiem ogółu chirurgów polskich.

WYDAWCY.

Pismo zostało zaprojektowane, jako dwutygodnik; w okresie początkowym będzie się ukazywać, jako miesięcznik.

Z Instytutu Chirurgji Urazowej w Warszawie.

Wyniki operacyjnego leczenia zastarzałych złamań szyi kości udowej.

podał

Dr. Tadeusz Sokołowski.
Kierownik Instytutu.

Z pośród przypadków złamania szyi kości udowej, leczonych operacyjnie w ciągu roku 1936 w Instytucie Chirurgji Urazowej, 3 przypadki zasługują na ujęcie w osobną grupę i specjalne omówienie z tego względu, że w tych przypadkach zespolenie złamania wykonano w 9, 9 i 14 miesięcy po złamaniu.

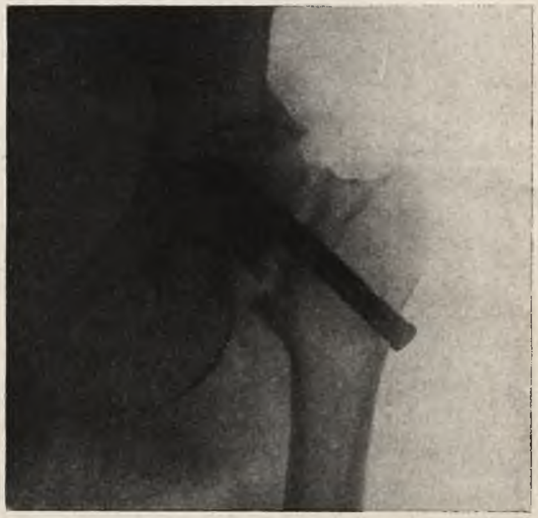
Świadomość, że jedynem racjonalnem leczeniem świeżych złamań szyi kości udowej jest wczesna operacja (pozastawowe zespolenie) przenika szybko ogół chirurgów, inaczej jednak przedstawia się sprawa, jeżeli do rąk chirurga dostaje się przypadek zastarzałego złamania. Tutaj chirurgja nie powiedziała jeszcze ostatniego słowa i z tego względu przebieg choroby oraz wyniki leczenia podanych poniżej przypadków dają podstawę do nowych wniosków w sprawie wskazań operacyjnych w przypadkach złamań szyi kości udowej.

Przyp. 1. S. F., l. 58, L. ks. gł. 577/36. Przed 14 mies. doznała złamania szyi kości udowej; leczona najpierw w szpitalu, potem ambulatoryjnie; obecnie jest w leczeniu spowodu dolegliwości ze strony serca. Chora silnie zbudowana, nieco otyła (86 kg.), była leczona opatrunkiem gipsowym, źle znosiła unieruchomienie; w kilka miesięcy po złamaniu zaczęła chodzić bez gipsu, podpierając się laską; męczy się łatwo, musi odpoczywać, a przy chodzeniu podpiera ręką biodro po stronie złamania. Objektywnie: objaw Trendelenburga i skrócenie kończyny o 2 cm.; zdjęcie wykazuje szparę załamania poprzez szyję, ustawienie szpotawe odłamków, znaczne skrócenie szyi po przebytej resorbcji oraz resztki zmian martwiczych w obrębie powierzchni złamania odłamków w postaci smugi na zdjęciu. Powierzchnie złamania wykazują nieregularne zazębienia.

Operacja dn. 18.5. 1936. Ułożenie na stole ortopedycznym, wyciąg, odwiedzenie i skręcenie kończyny do środka. Zdjęcie kontrolne wykazuje, że ustawienie odłamków w tem ułożeniu jest dobre. Znieczulenie miejscowe okolicy krętarza ½% nowokainą. Cięcie skórne podłużne, długości 3 cm. na bocznej powierzchni uda tuż poniżej krętarza. Poprzez szyję i głowę kości udowej wprowadzono gwóźdź Steinmanna. Kontrolne zdjęcia w 2 rzutach, przednio - tylnym i bocznym, wykazują centralne położenie gwoździa kierowniczego. Wzdłuż gwoździa kierowniczego wbito gwóźdź **Smith - Petersena**, przyczem stwierdzono, że kość jest bardzo twarda. Odłamki wklinowano, pobijając odłam obwodowy, wyjęto gwóźdź kierowniczy i zeszyto dwoma szwami silkowemi ranę skórną. Zdjęcie kontrolne wykazuje, że ustawienie szpotawe odłamków zostało zniesione, widać natomiast szeroką szparę złamania, co świadczy o tem, że wklinowanie odłamków jest w tem ustawieniu niedostateczne.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, po tygodniu zdjęto szwy, pozwolono na wstawanie i stopniowe obciążanie kończyny. Dn. 13.6. 1936, t. j. w 26 dni po operacji chora wypisana do domu, chodzi o lasce. Objaw Trendelenburga znikł, większych bólów przy chodzeniu chora nie odczuwa. Zdjęcie kontrolne, wykonane tuż przed odejściem chorej z Instytutu, wykazuje, że gwóźdź wygiął się nieco i nastąpiła większa szpotawość odłamków, ale zato wklinowanie w nowem ustawieniu jest bardzo dobre.





Przyp. 1. Zdjęcia przednio-tylne: przed operacją (14 mies. po złamaniu) i bezpośrednio po operacji.





Przyp. 1. Zdjęcia: przednio-tylne i boczne w 4½ miesiące po operacji.

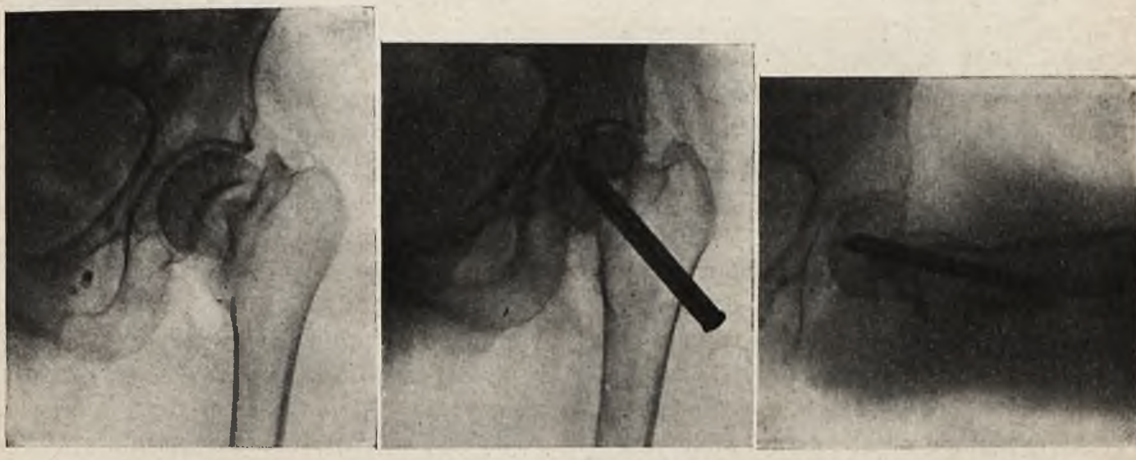
W dalszem leczeniu chora pozbyła się stopniowo dolegliwości; badanie w dniu 26.9. 1936 wykazuje dobre ruchy czynne kończyny, dobrą ruchomość stawu kolanowego, dobrą ruchomość stawu biodrowego,

jedynie mierne upośledzenie odwodzenia. Zdjęcie kontrolne z dnia 26.9. 1936 (w 4½ mies. po operacji) wykazuje, że ustawienie odłamków i położenie oraz wygięcie gwoździa nie uległy zmianie od czasu wyjścia z Instytutu. Szpara złamania wypełniona uwapnioną kostniną.

Przyp. 2. A. F. lat 64, L. ks. gł. 671/36. Złamanie nastąpiło przed 9 miesiącami; leczona w domu zapomocą unieruchomienia w łóżku, potem zabiegi fizykalne; po kilku miesiącach zaczęła wstawać, ale chodzi bardzo źle i doznaje silnych bólów nawet podczas leżenia, jedynie zmiana ułożenia łagodzi bóle. Badanie objektywne: chora wyniszczona, znaczne zaniki mięśni obu kończyn dolnych, objaw Trendelenburga (wskutek bólów w pachwinie i bólów promieniujących do kolana może ujść z pomocą drugiej osoby zaledwie kilka kroków), staw kolanowy wolny, ruchy stawu biodrowego znacznie ograniczone wskutek bolesności, stan chorej zmusza ją do stałego leżenia w łóżku. Zdjęcie wykazuje złamanie przyśrodkowe szyi kości udowej, znaczne przemieszczenie odłamków, odwapnienie i znaczny ubytek szyi.

Operacja dn. 10.6. 1936. Nastawienie odłamków na stole ortopedycznym i operacja w znieczuleniu miejscowem, jak w przyp. 1. Przy wbijaniu gwoździa stwierdzono, że kość jest bardzo miękka.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Po tygodniu zdjęto szwy, chora wstaje i zaczyna chodzić, najpierw o 2 koziołkach, potem o lasce. Bóle złagodniały znacznie, ogólne samopoczucie dobre. Wypisana z Instytutu dn. 30.6. 1936, t. j. w 20 dni po operacji. W dalszym przebiegu chora chodzi dobrze i dużo. Objaw Trendelenburga znikł. Serja zdjęć wykazuje, że ustawienie odłamków i sytuacja gwoździa nie uległy najmniejszej zmianie. Badanie w dn. 14.9. 1936 wykazuje dobrą ruchomość stawu kolanowego i biodrowego, jedynie odwodzenie jest nieco upośledzone. Zdjęcie dn. 14.9. 1936 (w 3 mies. po operacji) wykazuje ustawienie odłamków i położenie gwoździa, jak po operacji, szparę złamania widać jedynie w miejscu ubytku (torbiel), w miejscu styku odłamków zaznacza się beleczkowanie. Dokoła gwoździa nie widać odczynu. Ogólny stan chorej uległ w dalszym ciągu znacznej poprawie, bóle w miejscu złamania ustąpiły zupełnie, chód dobry.



Przyp. 2. Zdjęcia: przednio-tylne przed operacją (9 mies. po złamaniu) i zdjęcia w obu rzutach w 3 miesiące po operacji.

Przyp. 3. Chora B. B., l. 66, L. ks. gł. 739/36. Złamanie nastąpiło przed 9 mies. Leczona unieruchomieniem w łóżku; po kilku miesiącach zaczęła wstawać, chodzi b. źle, doznaje bólów, męczy się łatwo. Badanie objektywne: chora otyła, chodzi źle. Objaw Trendelenburga. Stan narządów wewnętrznych zły (kamica żółciowa, przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego). Zdjęcie wykazuje skośne złamanie szyi z utworzeniem się dzioba, odłamki uległy częściowo resorbcji, zaznacza się tendencja do wygładzenia powierzchni złamania, są jednak małe zazębienia.

Operacja dn. 23.6. 1936, technika, jak w przyp. 1. i 2. Podczas wbijania gwoździa stwierdzono, że kość jest dość miękka. Zdjęcie kontrolne wykazuje dobre ustawienie i wklinowanie odłamków.

Przebieg pooperacyjny analogiczny, jak w przyp. 1. i 2; chora opuszcza Instytut dn. 8.7. 1936, t. j. w 15 dni po operacji. Chodzi dobrze o lasce. Objaw Trendelenburga znikł. Badanie dn. 28.9. 1936, wykazuje, że ustawienie odłamków nie uległo najmniejszej zmianie w porównaniu ze stanem pooperacyjnym, chora chodzi dobrze, lecz niewiele ze względu na dolegliwości ogólne w związku ze złym stanem narządów wewnętrznych. Na zdjęciu z dn. 28.9. 1936 (3 mies. po operacji), szczególnie w rzucie bocznym, widać wyraźnie rozpoczynający się zrost kostny. Dokoła końcowego odcinka gwoździa (w obrębie głowy) widać nieznaczną smugę odwapnienia.

O m ó w i e n i e p r z y p a d k ó w: We wszystkich naszych przypadkach mieliśmy do czynienia z zastarzałem złamaniem szyi kości udowej. Używamy tego terminu, ponieważ określa on najlepiej stan w okresie przejściowym pomiędzy świeżem złamaniem szyi k. udowej, a utworzeniem się stawu rzekomego. W tym okresie jesteśmy z jednej strony świadkami zmian torebki stawowej i mięśni stawu biodrowego, a z drugiej zmian w obrębie odłamków. W ciągu okresu przejściowego może dojść do częściowej martwicy i wessania odłamków, a nawet do całkowitej martwicy głowy kości udowej. Dopiero po całkowitem wessaniu obumarłych odcinków następuje wytworzenie się definitywnego stawu rzekomego, t. j. zamknięcie powierzchni złamania łącznotkankową twardą blizną, lub kostną pokrywką; na zdjęciu rozpoznajemy taki stan na zasadzie obecności wygładzonych odwapnionych powierzchni złamania, obrzeżonych wązkim rąbkiem zagęszczenia. Dokładny obraz zmian, jakie następują w obrębie odłamków po złamaniu szyi kości udowej daje badanie serji zdjęć rentgenowskich.

Naogół, jeżeli chodzi o rozpoznanie stawu rzekomego szyi kości udowej, szafuje się zbytnio takiem rozpoznaniem, ponieważ większość chirurgów rozpoznaje staw rze-







Przyp. 3. Zdjęcia: przednio-tylne przed operacją (9 mies. po złamaniu) i zdjęcia w obu rzutach w 3 miesiące po operacji.

komy przy tym rodzaju złamania już po kilku miesiącach od daty złamania. *Nasze doświadczenia przekonywują, że póki nie doszło do zamknięcia powierzchni złamania przez tkankę kostną, lub tkankę łączną szklistą, t. j. do wytworzenia się definitywnego stawu rzekomego, leczenie operacyjne, analogiczne do leczenia w przypadku świeżego złamania, daje wyniki i rokowanie takie same, jak w świeżem złamaniu.*

W naszych przypadkach, w 9,9 i 14 mies. po złamaniu, trzymaliśmy się ściśle zasad miarodajnych w leczeniu świeżych złamań: wklinowaliśmy odłamki i utrzymaliśmy je zapomocą gwoździa w takiem ustawieniu, aby można było obciążać złamanie bez obawy przemieszczenia. Wyniki otrzymaliśmy takie same, jak w świeżych złamaniach. W przyp. 1. można mówić o mocnym zroście kostnym ($4\frac{1}{2}$ mies. po operacji). Przyp. 2. i 3. (3 mies. po operacji) zachowują się pod względem obrazu klinicznego i radjologicznego analogicznie do przypadków operowanych świeżych złamań: upoważnia to do przypuszczenia, że i w przyp. 2. i 3. nastąpi w niedługim czasie mocny zrost kostny. Potwierdzają to zresztą liczne spostrzeżenia po wykonaniu osteotomji podkrętarzowej w przypadkach zastarzałych złamań, gdzie dochodzi również do zrostu w miejscu starego złamania.

W n i o s k i:

1. W przypadkach zastarzałych złamań szyi kości udowej operacja zespolenia odłamków gwoździem Smith - Petersena daje zrost kostny, jeżeli wklinowanie odłamków i utrzymanie zapomocą gwoździa następuje w takiem ustawieniu, że można po operacji obciążać złamanie bez obawy przemieszczenia odłamków.

2. Operacja jest wykonalna tylko wtedy, gdy przykurczenie mięśni stawu biodrowego nie jest zbyt duże i nastawienie odłamków na stole ortopedycznym jest możliwe bez zastosowania zbyt silnego wyciągu.

3. Wyniki operacji w przedstawionych 3 przypadkach upoważniają do rozszerzenia wskazań operacyjnych na przypadki zastarzałych złamań szyi kości udowej.

R É S U M É.

Résultats du traitement opératoire des fractures anciennes du col du fémur.

par Dr. **T. Sokołowski**

Directeur de l'Institut traumatologique (Varsovie).

L'auteur présente 3 cas de fractures du col du fémur, traités 9, 9 et 14 mois respectivement après l'accident par ostéosynthèse, employant le clou de Smith - Petersen. Les résultats ne diffèrent point de ceux, qu'on a obtenu dans les fractures récentes.

Dans le 1-er cas, $4\frac{1}{2}$ mois après l'operation la consolidation osseuse est parfaite.

Dans le 2. et 3. cas, 3 mois après l'operation on reconnait, que la situation du clou et la position des fragments n'ont subi aucun changement durant le période postopératoire. Les radiogrammes montrent, que la consolidation osseuse dans le cas 2. et 3. est en bonne voie de réalisation.

Tous les malades ont commencé à marcher une semaine après l'operation sans aucun appareil.

Conclusions:

1. Dans les fractures anciennes du col du fémur (l'auteur distingue strictement une fracture ancienne d'une

pseudarthrose définitive) l'ostéosynthèse par clou de Smith - Petersen donne une consolidation osseuse, si on a obtenu un engrenement des fragments tel, que la marche du malade, étant une charge pour la fracture, ne risque aucun déplacement des fragments.

2. L'operation n'est indiquée, que dans les cas, où la contracture musculaire de la hanche n'est point trop forte pour empêcher la réduction de la fracture par une traction moderée.
3. Les résultats de l'operation dans les trois cas presentés nous permettent d'élargir les indications opératoires sur les cas des fractures anciennes du col du fémur.

Z Oddziału neurochirurgicznego Kliniki Chorób Nerwowych U. J. P. w Instytucie Chirurgii Urazowej i z Zakładu Neurobiologii Instytutu im. Nenckiego T. N. W.
(Kierownik: *Prof. dr. K. Orzechowski)*.

Krwiak podtwardówkowy i jego leczenie.

podał

Dr. Jerzy Choróbski.

Celem niniejszego omówienia sprawy krwiaka podtwardówkowego *(haematoma subdurale)* nie jest rozwiązanie licznych zagadnień patogenezy tego procesu chorobowego, wciąż jeszcze spornej i dość szeroko w piśmiennictwie lekarskiem omawianej, a przedstawienie własnych 2 przypadków i podkreślenie następujących momentów: 1) wylew krwawy pod oponę twardą jest zjawiskiem chorobowem nierzadko spotykanem, 2) rozpoznanie mimo częstego braku znamiennych objawów powinno być łatwe, 3) odpowiednie leczenie daje w większości przypadków dobre wyniki .

Jak wiadomo, nagromadzenie krwi między oponą pajęczą a twardą, w t. zw. *spatium subdurale,* spostrzegane podczas operacji lub sekcji, przedstawiać się może w dwu postaciach: w jednej grupie przypadków widzimy krew mniej lub bardziej płynną, rozlaną bądź bezpośrednio między pajęczynówką a twardówką, bądź już w tem wczesnem stadium odgraniczoną od opon cienkiemi, rdzawo zabarwionemi błonami włóknistemi *(Robertson,* 1893). W innych razach mamy otorbiony skrzep albo jego masy w rozmaitych okresach organizacji, o wejrzeniu zazwyczaj brunatno - zielonkawem, przypominającem tkankę ziarninową. Stąd dwie zasadnicze postacie kliniczne krwiaka podtwardówkowego: postać ostra i przewlekła. Spotykamy również postacie przejściowe. Nagół przyjmują, że postać przewlekła wylewu krwawego pod oponę twardą jest wyrazem organizacji wylewu ostrego. Dotyczy to w każdym razie krwiaków pochodzenia urazowego, albowiem na podstawie badań *Virchowa* (1857), *Melnikowa-Rasvedenkowa* (1900), *Joresa i Laurenta* (1901), a później *Wohlwilla* (1913), *Jakoba* (1927) i innych, dzielimy krwiaki podtwardówkowe ze względu na etjologię i budowę skrzepu — na wywołane urazem czaszki i samoistne.

Sądzono dawniej, że krwiak samoistny powstaje z wynaczynienia krwi do przestrzeni pod twardówką, i że potem dopiero krew ulega otorbieniu przez błony, wytworzone przez oponę twardą i pajęczą. Od *Virchowa* (1857) rozpoczyna się okres ujmowania samoistnego krwiaka podtwardówkowego *(haematoma durae matris),*

jako sprawy pochodzenia zapalnego *(pachymeningitis haemorrhagica interna)*, od urazowego krwiaka odrębnej. Samoistna postać, spotykana najczęściej u osobników dotkniętych porażeniem postępującem (zwłaszcza leczonych malarją), otępieniem starczem i miażdżycą tętnic mózgowych *(Jakob,* 1927), może być wynikiem dwu spraw chorobowych opony twardej — naczyniowej *(Heschl,* 1898; *Fahr,* 1912; *Wohlwill,* 1913; *Jakob,* 1927) i wysiękowej *(Melnikow - Rasvedenkow,* 1900; *Rossle,* 1909). Pierwsza sprawa—naczyniowa, częściej spotykana, według *Jores'a* (1898) i innych, ma charakter sprawy nowotworowej i polega na rozroście wewnętrznej warstwy opony twardej znajdującej się pod jej uszkodzonym śródbłonkiem, mianowicie w pierwszym rzędzie na rozroście naczyń włosowatych. Częstokroć warstwa tych wybujałych naczyń krwionośnych odgranicza się potem z obu stron, t. j. od strony twardówki i od strony przestrzeni podtwardówkowej, warstwą bujającej tkanki łącznej, w której obok komórek opony twardej spotykamy długie komórki łącznotkankowe, fibroblasty. Powstaje w ten sposób na wewnętrznej powierzchni opony twardej nowa błona, a zawarte w niej liczne naczynia włosowate stają się następnie źródłem wylewów krwawych. Organizacja tych wylewów oraz wysięków surowiczych i włóknikowych, powoduje dalsze, warstwowe narastanie krwiaka. Niekiedy zamiast organizacji wylewów krwi w obrębie warstw krwiaka następuje wessanie ich i utworzenie licznych torbieli.

Przy drugiej sprawie — wysiękowej, rzadszej od naczyniowej, na wewnętrznej powierzchni opony twardej zjawia się wysięk włóknikowy, często zmieszany z komórkowym. Wysiękowi towarzyszy rozrost komórek śródbłonka opony. Organizacja wysięku, tworzącego błonę, zrośniętą ściśle z oponą twardą, jest dziełem wewnętrznej warstwy naczyń włosowatych. W obrębie tej błony, zbudowanej z dużych ilości komórek łącznotkankowych (fibroblastów), silnie unaczynionej, powstają wtórne wylewy krwi, które ulegają organizacji, i w ten sposób dochodzi do narastania coraz nowych warstw krwiaka. Twardówka ma również wykazywać w tej postaci zmiany zapalne *(Koenig,* 1882): nastrzykanie naczyń krwionośnych, zgrubienie ścian, obrzęk tkanki i nacieczenie komórkami krwiopochodnemi. Niekiedy w błonach krwiaków odkładają się sole wapnia *(Lewis,* 1889; *Elsner,* 1896), lub pojawiają się złogi kostniny, wreszcie krwawą treść torbieli krwiaka może zastąpić płyn surowiczy *(hygroma durae matris)*. Mechanizm zatem narastania warstw samoistnego krwiaka podtwardówkowego — co stanowi jego charakterystyczną cechę — a także jego ostateczny wygląd są jednakowe w obu omawianych sprawach chorobowych— naczyniowej i wysiękowej. Z tego względu niepodobna dociec sposobu powstawania krwiaka samoistnego z samego jedynie wyglądu *(Jakob,* 1927).

Wygląd i budowa przewlekłego krwiaka podtwardówkowego pochodzenia urazowego i krwiaka samoistnego są podobne. Umiejscowienie i obraz kliniczny obu rodzajów krwiaka są identyczne tak, że coraz częściej rodzą się wątpliwości, czy podział krwiaków podtwardówkowych na samoistne i urazowe ma wogóle uzasadnienie *(Trotter,* 1914; *Rand,* 1927; *Jelsma,* 1930; *P. van Gehuchten,* 1932; *Frazier,* 1935).

Krwiak urazowy przewlekły przedstawia się na przekroju jako mniej, lub bardziej wyraźny skrzep krwi, otorbiony błonami swoistej budowy. Błona wewnętrzna, odgraniczająca wylew od strony opony pajęczej, jest zbudowana z luźnej tkanki łącznej, pokrytej śródbłonkiem. Błona zewnętrzna ma utkanie zbite. Jest ona spojona z oponą twardą, czasem słabo, czasem sil-

niej, zawsze jednak udaje się ją od niej oddzielić. Składa się na nią tkanka ziarninowa, w której spostrzegamy przy badaniu drobnowidowem liczne, mniejsze i większe jamki, wysłane śródbłonkiem. Jamki te, zawierające płynną krew, lub włóknik łączą się ze sobą, lub przechodzą w naczynia włosowate tkanki ziarninowej. Pod tym względem błona zewnętrzna tych krwiaków różnić się ma od tejże błony w krwiaku samoistnym, nie zawierającej torbielek, wysłanych śródbłonkiem, a tylko rozszerzone naczynia krwionośne, lub torbielki powstałe z wessania wylewów krwi. Według *Putnama* (1925) jest to jedyna cecha, która wyróżnia zwykle utkanie krwiaka urazowego od budowy krwiaka samoistnego. Według *Dandy'ego* (1932) różnica budowy obu błon krwiaka zależeć ma od różnego utkania opony pajęczej i opony twardej. Twardówka zawiera, jak wiadomo, dużą ilość naczyń krwionośnych, może wysyłać zatem celem organizacji wylewu podtwardówkowego krwi liczne pęczki nowowytworzonych naczyń, pajęczynówka naczyń krwionośnych nie ma, nie może więc brać większego udziału w tworzeniu przyległej części krwiaka. Jej wytworem jest cienka błona wewnętrzna krwiaka, natomiast błona zewnętrzna pochodzi z organizacji skrzepu przez oponę twardą.

Jak już wspomniano, postać przewlekła wylewu krwawego podtwardówkowego jest wytworem organizacji ostrego wylewu o łagodnym przebiegu klinicznym. Zależnie od okresu organizacji istnieją rozmaite postacie przejściowe, od krwiaków z krwią płynną i pół-płynną, otorbioną błonami, poprzez krwiaki, w których krew uległa wessaniu i pozostały tylko rdzawo zabarwione lite błony między oponą pajęczą i twardą, do krwiaka poprzednio opisanego. I w tej postaci urazowego krwawienia może zajść, podobnie jak w przypadkach samoistnych, postępujące narastanie warstw krwiaka (*Sperling*, 1872; *Huegenin*, 1877; *Van Vleuten*, 1898; *Buss*, 1899; *Jores i Laurent*, 1901; *Kasemeyer*, 1911; *Wohlwill*, 1913). Ma się to odbywać w ten sposób, że podczas organizacji pierwotnego wylewu powstają krwawienia wtórne, a wskutek organizacji tych wylewów dochodzi do narastania warstw krwiaka i rozwoju objawów klinicznych. *Gardner* (1932) jest odmiennego zdania. Według niego charakter postępujący sprawy chorobowej uwarunkowany jest nietyle krwawieniami wtórnemi i ich organizacją, ile tem, że jamki tkanki ziarninowej, wysłane śródbłonkiem, nie posiadają dostatecznej ilości naczyń chłonnych i wskutek tego nie pozbywają się dostatecznie swej treści. Powtóre, ciała białkowe skrzepu krwi powodują, dzięki swemu wysokiemu ciśnieniu osmotycznemu, przenikanie do torbieli, za jaką ten organizujący się krwiak można uważać, płynów tkankowych, głównie płynu mózgowo - rdzeniowego. Przenikanie to odbywa się przez półprzepuszczalne błony pajęczynówki i błony wewnętrznej wylewu krwawego. Podobny pogląd, poparty badaniami doświadczalnemi, wyrażają *Zollinger i Gross*, (1934) oraz *Munro i Merrit* (1936). Uderzającym szczegółem jest jednakowa zawsze budowa błon otarbiających wylew, niezależnie od wieku chorego. Z takim samym krwiakiem spotykamy się bowiem także i u noworodków w następstwie urazu, doznanego podczas porodu (*Weyhe*, 1889; *Wohlwill*, 1913). Przeglądem sprawy krwiaków podtwardówkowych u niemowląt zajęła się u nas *Piankówna* (1934).

Podtwardówkowy wylew krwawy jest zwykle pochodzenia żylnego i zależy od obrażenia żył mózgowych, wpadających do zatoki żylnej strzałkowej górnej. Może on jednak być również wynikiem uszkodzenia zatok żylnych, dużych tętnic podstawy mózgu, wreszcie tętnic opony miękiej. Mechanizm zranienia żył mózgowych przed-

stawiać się ma w następujący sposób: w miejscu, w którem żyły te uchodzą do zatoki żylnej strzałkowej górnej, opona pajęcza i twarda są ze sobą silnie zrośnięte. Przy wstrząśnieniu czaszki, czy gwałtowniejszem przesunięciu się mózgu w obrębie czaszki, może nastąpić, w miejscu tego zespolenia opon i żył, do przerwania ciągłości i wylewu krwi do przestrzeni, leżącej pod oponą twardą (*Trotter*, 1914).

Spiller (1899) wywoływał doświadczalnie krwiaki podtwardówkowe u kotów i psów przez zranienie zatoki strzałkowej górnej. Już w pięć dni po zabiegu spostrzegał błony skrzepu, które w pięć tygodni były już zupełnie dojrzałe. *P. Marie, Roussy* i *Laroche* (1913), *T. Putnam* i *J. Putnam* (1927) oraz *Gardner* (1932) również próbowali wywołać doświadczalnie krwiaki podtwardówkowe, nie udało się im jednak uzyskać postępującego narastania krwiaka. *P. Marie, Roussy* i *Laroche* (1913) przypuszczają, że współdziała tu równocześnie jakiś bodziec chemiczny, lub bakteryjny, *Wohlwill* (1913) uważa, że narastanie krwiaka następuje dopiero wówczas, gdy uszkodzeniu przez uraz ulega jednocześnie sama opona twarda. Badania *Russela* i *Cairnsa* (1934) rzucają bardzo ciekawe światło na mechanizm powstawania krwiaków podtwardówkowych. Spostrzegali oni cztery przypadki, w których krwiak wystąpił równocześnie z przerzutami nowotworu złośliwego do opony twardej. W przypadkach tych krwiak podtwardówkowy wytworzył się, według spostrzeżeń autorów, w wewnętrznej warstwie twardówki, a powstał wskutek pękania naczyń włosowatych, które uległy w tej warstwie znacznemu rozszerzeniu. Rozszerzenie tych naczyń powstało w związku z zaburzeniami krążenia warstwy zewnętrznej, gdzie naczynia krwionośne uległy zaczopowaniu przez komórki nowotworowe. Budowa krwiaka była we wszystkich przypadkach identyczna z budową krwiaka samoistnego i pourazowego, tak, że autorzy ci zastanawiają się, czy wogóle wszelkie krwiaki podtwardówkowe nie powstają wskutek zaburzeń krążenia w oponie twardej, wywołanych tym, lub innym czynnikiem.

Jeżeli się zważy dane, które według jednych mają przemawiać za urazowem pochodzeniem krwiaków podtwardówkowych, a według innych za ich pochodzeniem „samoistnem" (wskutek spraw chorobowych toczących się w twardówce), dochodzi się do następujących wniosków: Istnieją bezsprzecznie krwiaki pochodzenia urazowego obok samoistnych. Postępujące nawarstwianie krwiaków, tak jednych, jak drugich, jest zależne od czynników dzisiaj jeszcze bliżej nieznanych (krwawienia wtórne, osmoza płynów tkankowych i płynu mózgowo - rdzeniowego). Prawdopodobnie proces ten zależy od kilku czynników. Patogeneza krwiaków podtwardówkowych nie jest więc jeszcze zupełnie wyjaśniona.

Ostry krwiotok, napotykając w przestrzeni podtwardówkowej na nikły jedynie opór, przybiera zazwyczaj znaczne rozmiary. Przewlekły krwiak podtwardówkowy szerzy się zazwyczaj również na znacznej przestrzeni, od bieguna płata czołowego do bieguna płata potylicznego, ku dołowi, dochodząc do rowka Sylwjusza, rzadko natomiast sięga do płata skroniowego. Przyśrodkowo, skrzep sięga aż po sierp mózgu. Na podstawie czaszki urazowe krwiaki podtwardówkowe spotykamy rzadko (*Naffziger*, 1925; *Rudder*, 1926). Natomiast krwiak często pokrywa obie półkule mózgowe (*Ciarla*, 1913). *Fleming* i *Jones* (1927) oraz *Frazier* (1935) twierdzą, że zdarza się to w połowie przypadków.

Wylewy krwawe pod twardówkę, jako powikłanie złamania kości czaszki, lub następstwo stłuczenia, czy rany szarpanej mózgu, wylewu podpajęczynówkowego i t.

d., są dość częstem zjawiskiem. *Le Count* i *Apfelbaum* (1920) spotykali je wśród 504 śmiertelnych przypadków urazów czaszkowo-mózgowych 115 razy na 178 złamań poprzez tylną jamę czaszkową; w 166 złamaniach kości w obrębie jamy czaszkowej środkowej — 98 razy, a na 45 przypadków złamań kości jamy czaszkowej przedniej — 36 razy. W zestawieniu *Vance'a* (1927), obejmującem 507 przypadków urazów czaszkowo-mózgowych, 132 razy zejście śmiertelne spowodowane było przez krwiak podtwardówkowy. Według tego autora wylewy pod oponę twardą spotyka się najczęściej w przypadkach złamania kości czaszki w jamie czaszkowej tylnej i w następstwie uszkodzenia czaszki w jej bocznych okolicach. Natomiast podtwardówkowy wylew krwi, jako sprawa chorobowa, nie stanowiąca powikłania innych spraw, t. j. ta, o której mówi niniejszy przegląd, jest zjawiskiem chorobowem znacznie rzadszem. Większość publikacyj była dotychczas oparta na materjale sekcyjnym wobec tego, że doniedawna nie rozpoznawano tej sprawy za życia. *Brion* (1896) i *Bowen* (1905) zestawiają 80 przypadków urazowych krwiaków podtwardówkowych. *Kasemeyer* (1911) pisze o 60, a *Henschen* (1912) zdołał zebrać z piśmiennictwa doniesienia o 246 przypadkach .

U nas, sprawą tą zajmowali się: *Bychowski* (1912), który, przytaczając historję choroby dwu własnych przypadków, operowanych przez J. Rauma, nawołuje do chirurgicznego leczenia krwiaków podtwardówkowych; *Arend* (1927), rozpoznał dwa przypadki wylewu krwawego pod oponę twardą intra vitam, sprawdzone potem sekcyjnie; *Skłodowski* i *Missol* (1935), podali historję choroby i wynik badania sekcyjnego w jednym przypadku; *Sterling* i *Wolff* (1935) ogłosili przypadek rozpoznanego krwiaka podtwardówkowego, operowanego przez P. Goldsteina.

Okres utajenia, t. j. okres czasu od urazu czaszki do chwili pojawienia się pierwszych objawów chorobowych, mogących nasuwać podejrzenie krwiaka podtwardówkowego, może być albo bardzo krótki (zaledwie kilka godzin do kilku dni), albo długi (kilka miesięcy, a nawet lat). Ostry wylew krwawy pod oponę twardą nie daje charakterystycznych objawów klinicznych. Zjawia się tu przedewszystkiem nagłe narastanie objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, które pozostawione bez odpowiedniego leczenia, może doprowadzić szybko do śpiączki *(coma)* i zejścia śmiertelnego, już w pierwszych 24 godzinach po urazie. Przy bardzo dużych krwiotokach chory prawie natychmiast po urazie zapada w stan głębokiej śpiączki bez objawów zwiastunowych (bólów i zawrotów głowy, wymiotów, zamroczenia, podniecenia, i t. p.). Według spostrzeżeń większości autorów, śpiączka ta tem się różni od śpiączki w przebiegu innych spraw chorobowych, powodujących wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, że wahania jej natężenia są znaczne, i że często brak jakichkolwiek objawów porażnych ruchowych, lub czuciowych. Tego rodzaju rozległe wylewy krwawe pod oponą twardą spostrzegamy zwykle w następstwie ciężkich urazów czaszki.

Objawy przewlekłego krwiaka, t. zn. krwiaka w następstwie ostrego, lub podostrego krwawienia o łagodnym przebiegu klinicznym są zmienne; w większości przypadków źródłem pochodzenia tych objawów jest wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Prawdopodobnie połowa tych przypadków nie zostaje rozpoznawana i uchodzi zazwyczaj za przypadki guza mózgu *(Frazier,* 1930). Wczesne okresy mogą niekiedy dawać obrazy psychoz pourazowych, niektórzy twierdzą nawet, że właśnie tego rodzaju obraz kliniczny, rozwijający się po urazie czaszki wraz z objawami wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszko-

wego, jest dla tej sprawy najbardziej charakterystyczny. Ból głowy, nierzadko umiejscowiony po obu stronach wierzchołka czaszki, jest może jedynym objawem stałym. Chorzy wykazują często dość znaczne obniżenie sprawności psychicznej, są ustawicznie senni; jeśli nie śpią, robią wrażenie niedostatecznie rozbudzonych, skarżą się na ogólne osłabienie. Czasami uporczywie trwająca różnica odruchów na kończynach jest jedynym objawem, pozwalającym na umiejscowienie krwiaka. Tarczę zastoinową stwierdzamy zazwyczaj i to wyrażoną silniej po stronie wylewu. Różnica szerokości źrenic i niejednakowe ich oddziaływanie występują — w przeciwieństwie do krwiaka nadoponowego — rzadko; objaw ten spotykamy po stronie wylewu. W przypadkach krwiaków obustronnych, rozszerzonej źrenicy odpowiada krwawienie rozleglejsze *(Rand,* 1927). Déviation conjugée oczu i głowy oraz oczopląs występują niekiedy. Ze względu na rzadkość krwiaka u podstawy mózgu rzadko spotykamy objawy uszkodzenia innych nerwów czaszkowych. Zaburzenia, świadczące o ucisku kory mózgowej, mogą być oczywiście rozmaite. Spotykać zatem możemy połowicze niedowidzenie, niemotę ruchową i zmysłową, niedowłady i porażenia połowicze rozmaitego typu, rzadziej natomiast objawy podrażnienia kory mózgowej (drgawki jacksonowskie, myoklonje, i t. d.). Wzmożenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego spostrzegano prawie we wszystkich przypadkach. Płyn bywa z reguły bezbarwny, może być jednak ksantochromiczny. Sztywność karku oraz wzmożenie napięcia mięśniowego kończyn występują rzadko i to zazwyczaj w przypadku równoczesnego krwiotoku podtwardówkowego rdzenia *(Probst,* 1902). *Rand* (1927) znajdował przy opukiwaniu czaszki wysoki ton opukowy, nie wyższy jednak po stronie krwawienia, niż po stronie zdrowej. *Wright i Livingston* (1932) spostrzegali znaczne zwiększenie ilości białych ciałek krwi. Podobny obraz krwi spotkać jednak można także w przypadkach złamań kości czaszki oraz uszkodzenia tkanki mózgowej bez jednoczesnego rozleglejszego krwawienia tak, że nie ma on większej wartości różniczkowo - rozpoznawczej.

Odkładanie się w błonach krwiaka soli wapniowych, lub nawet kostniny, może być widoczne na zdjęciach rentgenowskich. Takie przypadki ogłosili *van der Graaf* (1915), *Heuer i Dandy* (1916), *Naffziger* (1925), *Goldhahn* (1930), *Dereux i Hayem* (1933), *Critchley i Meadows* (1933), *Cl. Vincent* (1934). W przypadku *Dereux i Hayema* (1933) zwapnienie sięgało od płata czołowego po płat potyliczny. Dużą pomocą w rozpoznaniu krwiaka podtwardówkowego może być sztuczna odma komorowa lub rdzeniowa. Przesunięcie prawie całego układu komorowego ku stronie przeciwnej i ubytki cienia powietrznego przedniego rogu komory od góry i od dołu są, według *Dandy'ego* (1932), objawami prawie znamiennemi. Kontury komór są gładkie, podobne, jak w ściśle ograniczonym nowotworze, tak, że tylko całokształt objawów klinicznych i rentgenologicznych może rozstrzygać o rozpoznaniu. W przypadku *Mc. Kenzi'ego,* podanym przez *Putnama* (1925), komora po stronie krwiaka była prawidłowa, a komora drugiej strony była przesunięta ku krwiakowi — zjawisko trudne do wytłumaczenia. *Balado i Morea* (1930) donoszą o 4 przypadkach krwiaka podtwardówkowego, który, przemieszczając półkulę mózgową, zaciskał równocześnie przeciwstronny otwór Monroego, wywołując po tej stronie znaczne wodogłowie komory bocznej.

U chorego w stanie śpiączki, u którego podejrzewamy krwiaka podtwardówkowego — a chorych tych często widujemy poraz pierwszy właśnie w śpiączce — bę-

dziemy musieli wyłączyć inne sprawy chorobowe, przedewszystkiem mocznicę. W obu sprawach możemy mieć zwolnienie tętna, wzmożenie ciśnienia krwi i białkomocz. Jeżeli reszta azotowa nie przekracza 50 mg. na 100 cm³ krwi, nie świadczy to bezwzględnie o mocznicy, albowiem *Holmes* (1928) widywał podobny obraz krwi w następstwie odwodnienia tkanek ustroju u chorego z nowotworem mózgu przy prawidłowym stanie nerek. W przebiegu przewlekłego krwawienia pod oponę twardą może wystąpić gorączka, co nie świadczy bynajmniej o istnieniu sprawy zapalnej w ustroju. Cukromocz może wystąpić również w przypadkach krwiaka podtwardówkowego, jednak cukrzycę rozpoznajemy dopiero na podstawie zwiększenia ilości cukru we krwi i obecności acetonu w moczu.

Z innych spraw chorobowych, które niekiedy dają objawy podobne, wspomnimy o krwiaku nadtwardówkowym *(haematoma epidurale)*. Zaburzenia świadomości mogą wystąpić w tych przypadkach nagle po urazie (wstrząśnienie mózgu), charakterystyczny jest jednak okres pełni świadomości, jaki obserwujemy zazwyczaj po ustąpieniu tych pierwszych zaburzeń, a zjawieniu się późniejszych zaburzeń świadomości. Obserwujemy następnie w przypadkach krwiaka nadtwardówkowego postępujące niedowłady ruchowe, lub czuciowe, dotyczące najpierw mięśni twarzy, potem kończyny górnej, wreszcie dolnej, lub drgawki jacksonowskie, szerzące się w tej samej kolejności. Dowiadujemy się zwykle, że chory przebył silny uraz czaszki, najczęściej w połączeniu ze złamaniem kości, stwierdzamy wreszcie prawie z reguły zmiany w obrębie źrenic, zrazu w postaci rozszerzenia, potem zwężenia źrenicy po stronie krwiaka.

Jeżeli podejrzewamy krwawienie pod oponą twardą, a na ścisłe rozpoznanie nie pozwala ani wynik badania klinicznego, ani rentgenologicznego, konieczny jest zabieg rozpoznawczy. Znane są wprawdzie przypadki samoistnego wyleczenia krwiaka, jednak w większości przypadków sprawa postępuje i prędzej czy później może doprowadzić do zejścia śmiertelnego *(Feiler,* 1933). Ciężki stan chorego, wywołany krwiakiem podtwardówkowym, może z czasem ustąpić miejsca zupełnej poprawie, trwającej tygodnie lub miesiące, zazwyczaj jednak nowe krwawienie i nawrót wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego sprowadza trwałe pogorszenie stanu chorego i śmierć. Wreszcie, krwiak podtwardówkowy może ulec zropieniu *(Glaser,* 1886; *Kluck,* 1890). Należy więc zawsze dążyć do usunięcia krwiaka drogą zabiegu chirurgicznego.

Wybór metody leczenia operacyjnego zależy od postaci, w jakiej znajduje się krew w przestrzeni pod oponą twardą. Jeżeli przypuszczamy obecność krwiaka, należy wywiercić w okolicy ciemieniowej, z jednej strony, lub po obu stronach, otwór w kości o średnicy 1 do 2 cm., przez który, po nacięciu lub nakłuciu opony twardej, będziemy przedewszystkiem mogli przekonać się, czy istotnie mamy do czynienia z krwiakiem podtwardówkowym i w jakiej postaci. Jeżeli wylana krew, otorbiona lub nieotorbiona od zewnątrz i wewnątrz błonami, nie jest jeszcze zorganizowana, lecz płynna, lub półpłynna, można poprzestać na jej wyssaniu, po nacięciu zewnętrznej błony krwiaka. Przytem, rzecz jasna, błon krwiaka nie usuwamy *(Hulke,* 1883; *Neisser i Pollack,* 1902; *Pfeifer,* 1912; *Henschen,* 1930; *Fleming i Jones,* 1932; *Frazier,* 1935). Trzeba pamiętać, że krew wylana do przestrzeni pod oponą twardą nie zawsze ulega szybkiemu wessaniu i może długo pozostawać w stanie płynnym: *Blackburn* (wg. *Schlesingera,* 1924), znalazł na sekcji płynną krew jeszcze w dwa lata po trepanacji, wykonanej celem usunięcia

krwiaka podtwardówkowego. Jeżeli krwiak jest już zorganizowany, musimy wykonać rozleglejszy zabieg z utworzeniem płata osteoplastycznego, przyczem otwór wykonany w kości dla celów rozpoznawczych może nam posłużyć, jako jeden z otworów, potrzebnych do otwarcia czaszki. Płat osteoplastyczny wykonujemy najczęściej w okolicy ciemieniowej, ponieważ z tej okolicy najłatwiej zbadać pozostałe części półkuli mózgowej, a również z tego powodu, że w tem miejscu krwiak bywa najgrubszy. Skrzep krwi, który zazwyczaj daje się oddzielić od opony twardej bez większych trudności, a bardzo łatwo od opony pajęczej, usuwamy w granicach płata doszczętnie. Resztki krwiaka, nie dające się usunąć przez otwór trepanacyjny, pozostawiamy, ponieważ ulegają one z czasem wessaniu. W razie obustronnego krwiaka należy operować po obu stronach tego samego dnia, gdyż znane są przypadki, w których jednostronne tylko usunięcie krwiaka spowodowało pogorszenie objawów zależnych od krwiaka po drugiej stronie. Należy zaznaczyć, że czasem tylko jeden z krwiaków daje objawy chorobowe, podczas gdy drugi przebiega bezobjawowo (*Putnam*, 1925). Całkowite wycięcie opony twardej w obrębie płata osteoplastycznego w celu usunięcia źródła ponownego krwawienia jest niepotrzebne, gdyż doświadczenie wykazało bezpodstawność tego rodzaju obaw. Zazwyczaj nie znajdujemy podczas operacji źródła pierwotnego krwawienia, nie szukamy go zresztą, gdyż w chwili zabiegu jest ono już dostatecznie zamknięte. Ponieważ po usunięciu krwiaka często powstaje obrzęk odczynowy mózgu, uwolnionego nagle od długotrwałego zwykle ucisku, wykonujemy równocześnie odbarczenie podskroniowe, t. j. usuwamy na pewnej przestrzeni płata kostnego część kości pod mięśniem skroniowym.

Celem zobrazowania tego, cośmy dotąd mówili o krwiaku podtwardówkowym, przytaczam dwa własne spostrzeżenia:

Przypadek 1. L. p. 64 (646), S. W., mężczyzna lat 30, przeniesiony z Kliniki chorób nerwowych U. J. P., gdzie pozostawał w opiece Dr. L. Fiszhaut-Zeldowiczowej. Żonaty, ma jedno dziecko, żona nie roniła. Alkoholu nie pijał w większych ilościach, chorób wenerycznych nie przechodził, przed rokiem miał zapalenie płuc, pozatem zawsze zdrowy. 11. IV. 1936 r. po wypiciu większej ilości alkoholu upadł na ziemię, uderzając się w tył głowy. Przez całą dobę odczuwał silny ból głowy w czole. Po dwu dniach wrócił do pracy, jednak bóle w czole utrzymywały się. Od 18 kwietnia b. r., t. j. od czasu, kiedy wskutek wytężającej pracy bóle głowy znacznie się nasiliły, zmienił się psychicznie, stał się drażliwy i przykry dla otoczenia. W miesiąc po urazie, 12. V. 36, zaczął gorzej mówić: słowa uzupełniał gestami, nie kończył zdań, a w dwa dni potem wystąpił niedowład obu kończyn prawych. Stan neurologiczny między 19. V. 36, po przybyciu chorego do Kliniki i 23. V. 36, w dniu przyjęcia do oddziału, charakteryzowały wahania w natężeniu objawów chorobowych, głównie zaburzeń świadomości i zaburzeń mowy. Chory był w stanie śpiączki, raz głębokiej, to znów lżejszej. Wzniesień gorączkowych niema, tętno 50—54 na minutę, oddech 16 do 20 na minutę, zupełna niemota ruchowa i zmysłowa, spastyczny niedowład obu kończyn prawych z odruchem Babińskiego, niedowład nerwu twarzowego, głównie dolnej gałązki, ślad górnego odruchu brzusznego prawego, innych odruchów brzusznych brak, obniżenie czucia skórnego całej prawej połowy ciała, zdaje się prawostronne niedowidzenie połowicze, lewa źrenica węższa od prawej, lekki oczopląs poziomy w lewo. Bolesność opukowa czaszki w lewej okolicy czołowej i ciemieniowo - skroniowej. Lekka sztywność karku. Zdjęcia rentgenowskie czaszki nie wykazały odchyleń od normy. Nakłucie lędźwiowe, po którem niedowład kończyn prawych przeszedł w porażenie, dało płyn mózgowo - rdzeniowy przezroczysty i bezbarwny, o wysokiem ciśnieniu (300 mm. Hg.) z odczynem Pandy'ego lekko dodatnim, pozatem badanie płynu, wraz z odczynem Wassermanna (także we krwi), wypadło ujemnie.

Wobec takiego zespołu objawów, stojących w ścisłym związku czasowym z przebytym urazem czaszkowym ,rozpoznanie krwiaka podtwardówkowego o podostrym przebiegu nie nastręczało większych trudności. Celem potwierdzenia rozpoznania wywiercono w lewej okolicy czołowo-cie-

mieniowej otwór w kości o średnicy jednego centymetra (rys. 1, a i b.), przypuszczając wobec dość krótkiego czasu trwania sprawy chorobowej, że krew będzie jeszcze w stanie płynnym lub półpłynnym. Rzeczywiście, po nacięciu



Rys. 1a. Przyp. 1. Wygląd cięcia skórnego, wykonanego celem wywiercenia otworu w kości.

opony twardej znaleziono pod nią błonę barwy czerwonawo-niebieskawej, po przekłuciu której trysnęła obficie krew barwy atramentowo-czarnej. Z chwilą, kiedy krew przestała wypływać samoistnie, rozszerzono nieco otwór w kości, oponie twardej oraz błonie krwiaka, poczem przepłukano jamę krwiaka roztworem soli fizjologicznej, która rozrywając jego torbiele spowodowała ponowne wypłynięcie większej ilości krwi. Ogółem usunięto z przestrzeni pod oponą twardą około 150 cm. sześć. krwi, a wraz z solą fizjologiczną około 250 cm. sześć. krwawej cieczy.

Chory, który bezpośrednio przed zabiegiem był bardzo ruchowo podniecony, jęczał i krzyczał, z chwilą usunięcia krwi uspokoił się zupełnie. W 20 minut po zaszyciu czepca ścięgnistego i skóry nad otworem trepanacyjnym, nastąpiło przyspieszenie tętna z 50 do 80 na minutę, chory zaczął poruszać prawą kończyną górną, a w pół godziny potem i prawą dolną. W dwie godziny po zabiegu nie było już prawie śladu porażenia kończyn, ani niedowidzenia połowiczego, prawostronne obniżenie czucia znikło, mowa była jeszcze powolna, ale zupełnie zrozumiała i tylko nieznacznie zamazana. W 9 dni po usunięciu krwiaka, chory został wypisany z oddziału. Czuł się zupełnie zdrowy, odczuwał tylko bardzo nieznaczną trudność w znajdowaniu wyrazów przy bardziej zawiłych zdaniach.

Omówienie. Przypadek ten nie przedstawiał żadnych trudności rozpoznawczych. Związek objawów chorobowych z przeby-



Rys. 1b. Przyp. 1. Zdjęcie boczne czaszki: widać otwór po trepanacji i srebrne zaciskadełka („klipsy"), służące do zaciskania broczących naczyń krwionośnych.

tym urazem czaszki nasuwał się sam przez się, a wystąpienie ich dopiero w pewien czas po urazie i powolne nasilanie się, wśród wahań w natężeniu, przemawiały za rozpoznaniem podostrego krwiaka podtwardówkowego. Uraz tyłogłowia w dniu 11.IV.36 spowodował pierwszy wylew krwi do przestrzeni podtwardówkowej, wytężająca praca chorego dnia 18.IV.36, po której bóle głowy znacznie się nasiliły i chory zmienił się psychicznie, wywołała prawdopodobnie dalsze krwawienie i dalsze wzmaganie się ucisku na mózg. Interesujące jest niezmiernie szybkie ustąpienie porażenia kończyn, jak również niemoty ruchowej i zmysłowej, które, choć w zmiennem natężeniu, trwały przez miesiąc przed zabiegiem. Obrazy te musiały być wyrazem jedynie zaburzenia dynamiki kory mózgowej (niedokrwienie?) i stąd ich szybka odwracalność. Niedowidzenie połowicze spostrzegali w przebiegu krwia-

ka podtwardówkowego *Ziehen* i *van der Scheer* (1914). Przypadek nasz potwierdza pogląd, coraz ogólniej dzisiaj przyjęty, że w wielu przypadkach krwiaka podtwardówkowego nawet mało radykalne leczenie chirurgiczne może rokować dobre wyniki.

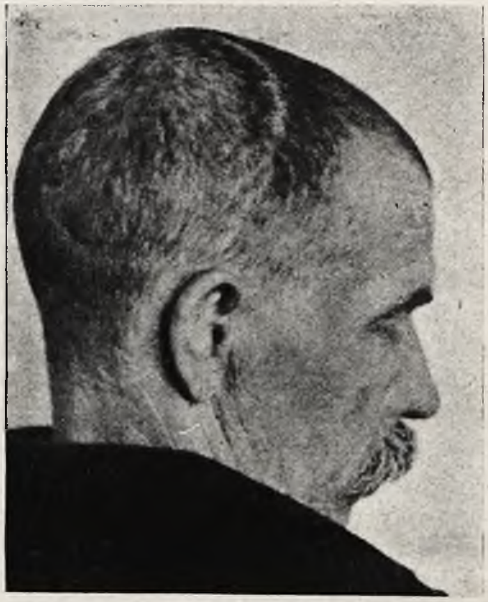
W istocie, istnieje we współczesnem piśmiennictwie lekarskiem szereg spostrzeżeń ustąpienia objawów po najprostszych zabiegach. W przypadku *Randa* (1927) usunięto jedynie błonę zewnętrzną i skrzep, wyzdrowienie było szybkie i zupełne. *Fleming* i *Jones* (1932) podają 8 własnych przypadków, w których mieli bardzo dobre wyniki przez samo nakłucie krwiaka. Robią oni w tym celu, w znieczuleniu miejscowem, dwa małe otwory trepanacyjne w okolicach czołowo - ciemieniowej i ciemieniowo - potylicznej po jednej, a nawet po obu stronach czaszki, nacinają oponę twardą i błonę skrzepu i wysysają całą zawartość krwiaka. Następnie przemywają przez utworzone otwory jamę krwiaka roztworem soli fizjologicznej i zeszywają skórę bez sączkowania. Mieli oni tylko jedno zejście śmiertelne, u osobnika konającego już w chwili zabiegu, siedmiu innych chorych wyzdrowiało szybko i zupełnie. Dawne zestawienia przypadków, w których robiono operację osteoplastyczną, wspominały o 83% wyzdrowień pooperacyjnych *(Jelsma,* 1930). *Frazier* (1935) stosował sposób leczenia, wprowadzony przez Fleming'a i Jones'a (1932), w trzech przypadkach, we wszystkich z pełnem powodzeniem. *Dandy* (1932) opisuje dwa przypadki wyleczone zwyczajnem odbarczeniem podskroniowem, oraz jeden, w którym usunięto nieznaczną tylko część błon. Zabieg operacyjny wykonany z dobrym wynikiem u naszego chorego może także w wielu innych przypadkach okazać się wystarczającym do usunięcia wylanej krwi. Gdyby jeden otwór okazał się niedostateczny, należy w kilka lub kilkanaście godzin później wykonać drugi otwór trepanacyjny, jak radzą *Fleming* i *Jones* (1932) oraz *Frazier* (1935). Dokładne przemycie jamy krwiaka powinno dać w wielu przypadkach ostrych czy podostrych krwiaków podtwardówkowych dobre wyniki. Gdyby zabieg tak wykonany zawiódł, t. j. nie usunął całkowicie i dość szybko objawów ucisku kory mózgowej, pozostaje do dyspozycji zabieg doszczętny, t. j. usunięcie błon krwiaka.

Przypadek 2. L. p. 63 (602), S. G., mężczyzna lat 55, skierowany do oddziału z Choroszczy, przez Dra J. Szczeniowskiego, b. asystenta Kliniki chorób nerwowych U. J. P., z następującą historją choroby: żonaty, dzieci nie ma, żona nie roniła, chorób wenerycznych nie przechodził, alkoholu nie pijał, cięższego urazu czaszki nie miał, natomiast kilka lekkich w ostatnich czasach przed chorobą. Od 3 miesięcy cierpi na bóle głowy, umiejscowione głównie w okolicy sklepienia czaszki i w czole. Bóle głowy, zrazu średnio nasilone, od 5 tygodni stały się tak silne, że chory zmuszony był przerwać pracę. Ruchy ku tyłowi zwiększają ból głowy. Od pewnego czasu widzi gorzej, przed prawem okiem zjawia się mu czarna plama. Czuje się osłabiony, senny i apatyczny, nie ma apetytu, schudł w ostatnich czasach, skarży się na zanik pamięci, raz miał rzekomo podczas snu drgawki kończyny górnej prawej. Badanie dnia 30.III.1936 r. wykazuje: Chory apatyczny, senny, niezorjentowany w czasie. Skóra i błony śluzowe blado - żółte. Wzniesień gorączkowych niema, tętno około 70 na minutę, oddech 18 — 20 na minutę, ciśnienie krwi 130/80. Objawów miażdżycy tętnic obwodowych nie stwierdza się. Prócz opukowej bolesności czaszki w okolicy czołowej prawej, opieszałości reakcji źrenic na światło i nierówności źrenic (prawa nieco węższa od lewej), nie stwierdza się innych odchyleń od normy. W płynie mózgowo - rdzeniowym, przezroczystym, ale wyraźnie ksantochromicznym, 135 ciałek czerwonych, 20 ciałek białych (kamera Fuchsa-Rosenthala), białka 0,16%, odczyn Nonne-Appelta dodatni, Pandy'ego silnie dodatni, Taccony'ego (odczyn oponowy) silnie dodatni. Ciśnienie płynu niewysokie (150 mm. Hg.). Odczyn Wassermanna we krwi i w płynie ujemny.

Dr. Szczeniowski podejrzewając nowotwór mózgu, prawdopodobnie w prawej okolicy czołowej, wykonał celem ustalenia rozpoznania odmę drogą lędźwiową, wprowadzając do przestrzeni podpa-

jęczynówkowej 50 cm³ powietrza. Zdjęcia rentgenowskie, zrobione po odmie, wykazały: „zmniejszone wypełnienie i nieprawidłowe ukształtowanie się komory bocznej prawej oraz przemieszczenie jej w lewo". Po nakłuciu lędźwiowem bóle głowy nieco zelżały, ponieważ jednak chory czuł się nadal apatyczny, senny i niezdolny do pracy, przeniesiono go dnia 20.V.1936 do oddziału neurochirurgicznego. Tu potwierdzono badaniem neurologicznem prawie całkowicie wynik poprzedniego badania, stwierdzając pozatem prawidłowe stosunki w polu widzenia obu oczu. Nie stwierdzono już nierówności źrenic. Prócz znacznego przemieszczenia prawego rogu przedniego i komory trzeciej w lewo oraz wgniecenia prawego rogu przedniego od zewnątrz ,zauważyliśmy jeszcze na przesłanych encefalogramach spłaszczenie części ciemieniowo-potylicznych komory prawej od góry ku dołowi i prawie całkowite zgniecenie jej rogu potylicznego, a zatem zmiany, których nie dało się wytłumaczyć obecnością nowotworu w przednich okolicach mózgu. Celem wyjaśnienia sprawy postanowiono wprowadzić powietrze wprost do komór. Dn. 25.V.36 wywiercono po obu stronach czaszki, w okolicy potyliczno - ciemieniowej, otwory w kości o średnicy 1 cm. W trakcie zabiegu po nacięciu opony twardej, ukazał się po stronie prawej twór szaro - brunatnawy, elastyczny, nie dający się przebić bez użycia siły igłą używaną do nakłuwania komór.

Ponieważ twór ten znaleziono w okolicy ciemieniowo-potylicznej, a z encefalogramów widoczne było, że sprawa chorobowa sięga u chorego aż po okolicę rogu przedniego, mogliśmy wyłączyć nowotwór mózgu lub opon. Uwzględniając historję choroby rozpoznaliśmy rozległy krwiak podtwardówkowy o przebiegu przewlekłym. Zaniechaliśmy więc wentrykulografji, a przystąpiliśmy natychmiast do zabiegu operacyjnego: płat osteoplastyczny potyliczno-ciemieniowo-skroniowy (rys. 2); opona twarda napięta, nie tętni, pod oponą twardą prześwieca brunatny twór. Nacięto oponę, tworząc płat, który dało się oddzielić łatwo od brunatno - zielonkawej masy o zbitej, elastycznej konsystencji; powierzchnia tej masy miejscami ukrwiona drobnemi naczyniami. Po odsłonięciu powierzchni guzowatego tworu nacięto go, oddzielono od pajęczynówki i wyjęto w całości (rys. 3). Usunięto również kawałki pozostałej pod brzegami otworu kości tkanki krwiaka, resztę zaś, znajdującą się od przodu i tyłu, pozostawiono. Po usunięciu krwiaka powierzchnia mózgu, zabarwiona żółto - zielonkawo, mocno wgnieciona, ulega odprężeniu i zaczyna tętnić. Szew szczelny opony twardej, czepca ścięgnistego i skóry. Chory zniósł zabieg dobrze, po operacji zupełnie przytomny.



Rys. 2. Przyp. 2. Wygląd cięcia skórnego, wykonanego do utworzenia płata skórno-kostnego.

Przebieg pooperacyjny: w ciągu pierwszych 3 dni po operacji senność i apatja, dalszy przebieg b. dobry, bóle głowy ustępują stopniowo. Rana operacyjna zagojona przez rychłozrost.



Rys. 3. Przyp. 2. Masa krwiaka, usunięta, jako całość. Widać powierzchnię krwiaka, zwróconą do mózgu.

W 2 tygodnie po operacji bóle głowy ustąpiły zupełnie, w 3 tygodnie po zabiegu chory opuszcza oddział, czuje się zupełnie zdrowy.

Część krwiaka, usunięta w całości, przedstawia się w postaci masy 5 × 5 cm., grubości 2.5 cm. Powierzchnia jej zwrócona ku twardówce gładka, lśniąca, tu i ówdzie widać na niej małe naczynia włosowate. Powierzchnia, zwrócona ku pajęczynówce—matowa, poorana bruzdami, wyraźnie wypuklonemi w stronę mózgu. U brzegów masa ta jest bardziej zbita, elastyczna, w środku chełbocąca przy uciskaniu. Mamy zatem do czynienia z torbielą. Na przekroju torbiel ta przedstawia się w ten sposób (rys. 4), że od strony zewnętrznej,



Rys. 4. Przyp. 2. Przekrój krwiaka: Widać na rysunku od zewnątrz do środka kolejno: Błonę wewnętrzną, odgraniczającą skrzep od opony pajęczej, skrzep, torebkę krwiaka, wreszcie zewnętrzną błonę o budowie zbitej tkanki, podobnej z wyglądu do tkanki tłuszczowej.

t. j. od strony opony twardej spostrzegamy warstwę tkanki przypominającej zbitą tkankę tłuszczową, potem następuje warstwa wyraźnie odgraniczającej się torebki o wyglądzie łącznotkankowym torebek ropni mózgowych, która okala od zewnątrz światło wypełnione skrzepem, poniżej widać cienką błonkę odgraniczającą skrzep od pajęczynówki.

Drobnowidowo, utkanie krwiaka przedstawia się, jak następuje (rys. 5, a i b): Od strony twardówki powierzchnia jego jest wyłożona warstewką krwinek czerwonych. Następnie, ku wewnątrz, widzimy dosyć szeroką warstwę luźnej tkanki łącznej, silnie unaczynionej. W tej warstwie spotykamy również liczne „jamki", t. j. mniej lub więcej szerokie przestrzenie, wysłane śródbłonkiem, gdzieniegdzie wypełnione bezpostaciową masą, barwiącą się eozyną różowawo, gdzieniegdzie zaś czerwonemi i białemi ciałkami krwi. W tej również warstwie, zwłaszcza u brzegów krwiaka, spotykamy duże ilości złogów barwika krwi, leżącego jużto wewnątrz - jużto zewnątrzkomórkowo. Następną warstwą krwiaka jest warstwa tkanki łącznej o utkaniu bardziej zbitem, posiadająca również dużą ilość włośniczek, nacieczonych tu i owdzie komórkami krwiopochodnemi. Wśród nich przeważają limfocyty. Włośniczki tej warstwy wysyłają w kilku miejscach pęcz-



Rys. 5a. Przyp. 2. Ogólny obraz utkania krwiaka (hematoksylina i eozyna. x 2½).



Rys. 5b. Przyp. 2. Ogólny obraz utkania krwiaka (impregnacja srebrem metodą P e r d r a u a, x 2½).

ki naczyniowe wgłąb samego skrzepu krwi, który przedstawia się jako bezpostaciowa masa. Od strony pajęczynówki, skrzep krwi odgraniczony jest błonką, znacznie cieńszą od błony, przylegającej do twardówki. Na błonkę tę składają się, od wewnątrz ku zewnątrz: warstewka tkanki łącznej zbitej, warstwa tkanki łącznej luźnej z dużą ilością włośniczek ,oraz warstewka krwinek czerwonych, wyściełających powierzchnię krwiaka od strony pajęczynówki, podobnie jak to widzieliśmy na powierzchni krwiaka, zwróconej ku oponie twardej. Obie warstwy zbitej tkanki łącznej, t. j. w błonie zewnętrznej i wewnętrznej, zbudowane są z długich komórek włóknorodnych i dużej ilości włókien klejorodnych. Włókna te okalają światło torbieli krwiaka i u jego brzegów przechodzą z jednej warstwy w drugą.

Wśród bezpostaciowej masy samego skrzepu krwi roi się od niezmiernie licznych komórek żer-

nych, często obładowanych tłuszczem, lub zniekształconemi krwinkami i złogami barwika krwi. Tłuszcz, podobnie jak komórki żerne, spotykamy również i w innych warstwach krwiaka, zwłaszcza w warstwie tkanki łącznej luźnej obu błon. Opona twarda, wycięta z miejsca leżącego ponad najgrubszą częścią krwiaka, nie wykazuje zmian chorobowych, poza może lekkiem zwyrodnieniem szklistem włókien klejorodnych w wewnętrznej warstwie twardówki.

Omówienie: Krwiaka podtwardówkowego rozpoznano u chorego dopiero podczas biopsji, wykonanej w czasie zamierzonej wentrykulografji, aczkolwiek znaczne przesunięcie i wgniecenie przedniego rogu komory bocznej prawej z przesunięciem komory trzeciej w lewo (rys. 6) i spłaszczenie części potyliczno - ciemieniowej ze zgnieceniem rogu potylicznego prawego (rys. 7), przy braku objawów wyraźniejszego uszkodzenia kory mózgowej, powinno było zgóry nasunąć przypuszczenie krwiaka podtwardówkowego. Spłaszczenie części ciemieniowo - potylicznej prawej komory bocznej od góry ku dołowi i zgniecenie jej rogu tylnego mogło wprawdzie nasuwać podejrzenie nowotworu mózgu w tej okolicy — mimo braku zaburzeń pola widzenia — nie mogło jednak tłumaczyć ani równoczesnego wgniecenia rogu przedniego, ani przemieszczenia tej komory wraz z komorą trzecią. Nowotwór w okolicy potylicznej mógłby spowodować tak rozległe zniekształcenie całego układu komorowego tylko w razie bardzo znacznego obrzęku mózgu, którego objawów w tym przypadku przecież nie spostrzegaliśmy.



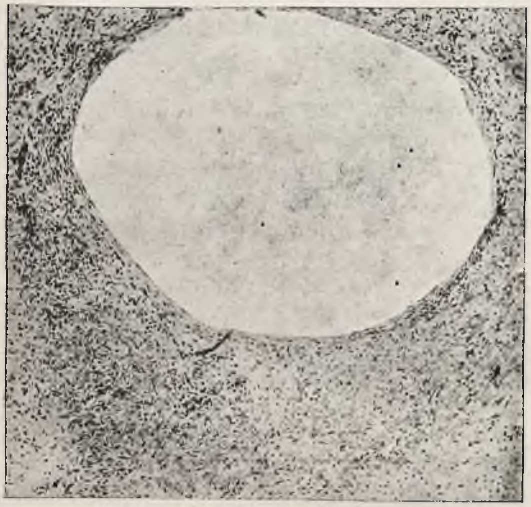
Rys. 6. Przyp. 2. Przesunięcie i wgniecenie przedniego rogu komory bocznej prawej i przesunięcie w lewo trzeciej komory.



Rys. 7. Przyp. 2. Zgniecenie rogu potylicznego prawej komory bocznej.

Z jaką postacią krwiaka podtwardówkowego mamy tu do czynienia, czy z krwiakiem samoistnym czy urazowym? Jak omówiliśmy we wstępie, drogą badania drobnowidowego nie zawsze jesteśmy w możności odpowiedzieć na to pytanie, obrazy bowiem *„pachymeningitis haemorrhagica interna"* i urazowego krwiaka podtwardówkowego są albo takie same, albo bardzo do siebie podobne. Zważywszy jednak, że w naszym przypadku krwiak, a przynajmniej ta jego większa część, którą usunięto operacyjnie, nie pozostawała w ścisłym związku z oponą twardą, wydaje się, że najpierw przyszło tu do podtwardówkowego wylewu krwi, a później dopiero do jej otorbienia. Nie przypuszczamy, by krwiak był następstwem zmian toczących się w oponie twardej. Twardówkę oddzieliliśmy od krwiaka z łatwością i opona twarda przy badaniu gołem okiem i drobnowidem przedstawia się, jak widzieliśmy, prawidłowo. Obecność w ścianie

krwiaka jam i jamek wysłanych śródbłonkiem, mających, według *Putnama* (1925), charakteryzować krwiaki urazowe, nie wydaje się nam okolicznością istotną, pozwalającą zawsze na rozróżnienie krwiaków samoistnych i urazowych. Torbiele takie spostrzegamy także w naszym przypadku, nie wiemy jednak, na jakiej podstawie odróżnić je od rozszerzonych włośniczek, które spotykamy wszak w obu postaciach krwiaka (rys. 8). Brak w wywiadach po-



Rys. 8. Przyp. 2. Jedna z „jamek", wysłanych śródbłonkiem. Po lewej stronie, głównie w dole, wylew krwawy; światło „jamki" — wolne (hematoksylina i eozyna, x 45).

ważniejszego urazu czaszki nie może być również okolicznością, ułatwiającą rozpoznanie różnicowe, ponieważ krwiaki podtwardówkowe mogą być wynikiem lekkich napozór urazów czaszki, zdarzających się w życiu niemal każdego człowieka, często niezauważonych lub zapomnianych. Chory nasz nie uległ poważniejszemu urazowi, przyznaje się jednak do szeregu mniejszych. Przypuszczamy, że jeden z nich stać się mógł przyczyną krwawienia pod oponę twardą.

Nie wiadomo również, jaką wagę przywiązywać do tego, co podaje żona chorego o drgawkach kończyny górnej prawej, t. j. po tej samej stronie, co znaleziony później krwiak. Drgawki te nie powtórzyły się potem i myśmy ich nie obserwowali. Jak wiadomo, obecność objawów podrażnienia czy porażenia kory mózgowej po stronie przeciwnej ognisku chorobowemu zdarza się w krwiaku podtwardówkowym dość często. Według *Kaplan'a* (1931) miało to miejsce 5 razy na 8 jego przypadków. Tłumaczenie tego zjawiska może być rozmaite, mogą tu odgrywać rolę następujące czynniki: przyciśnięcie przeciwległej szypuły mózgowej do wcięcia namiotu móżdżku, co anatomicznie udowodnił *Kernohan i Woltman* (1929) w przypadkach guzów mózgu przemieszczających półkulę w stronę przeciwną; ucisk na korę mózgową rozszerzonej komory bocznej po przeciwległej stronie krwiaka, oraz przyciśnięcie całej przeciwległej półkuli mózgowej do ściany czaszki *(Barré i Masson,* 1933). W naszym przypadku, najprawdopodobniej wskutek znacznego przemieszczenia prawej półkuli mózgowej w lewo, powierzchnia lewej półkuli została skolei przyciśnięta do ściany czaszki, za czem przemawia z jednej strony brak rozszerzenia komory po tej stronie, powtóre objaw raczej podrażnienia kory (drgawki), niż jej porażenia. W przypadku ucisku szypuły mielibyśmy objawy porażenia dróg ruchowych oraz objawy okoporaźne.

Chwilowa poprawa w stanie chorego, mianowicie osłabienie bólów głowy po nakłuciu lędźwiowem, jest zjawiskiem, notowanem przez wielu. *Reichman* (1924) widział w dwu przypadkach poprawę po encefalografji. Poprawa ta była jednak tylko krótkotrwała i wkrótce potem wróciły objawy wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Krwiaka nie usunięto operacyjnie w całości. Nie powinno to pogarszać rokowania, wiemy bowiem z doświadczenia innych, że pozostawienie części błon, po usunięciu znacznej masy krwiaka, daje do-

bre wyniki. W naszym przypadku usunięto środek krwiaka i otaczające go części, a więc jego główną masę.

Od r. 1930, t. j. od publikacji *Jelsmy*, który zebrał z piśmiennictwa 42 przypadki radykalnie operowanych krwiaków podtwardówkowych (płat osteoplastyczny) z 83% wyzdrowień, oraz opisał dwa własne spostrzeżenia, znajdujemy w dostępnych nam źródłach jeszcze 40 przypadków, opisanych przez poszczególnych autorów. Jedynie *Munro* i *Merrit* (1936) mają większą statystykę własną, mianowicie ponad 100 przypadków krwiaków podtwardówkowych, obserwowanych w *Boston City Hospital*. *Torkildsen* (1935) zebrał 472 przypadki urazów czaszkowo - mózgowych, spostrzeganych w oddziale Penfielda w Montrealu, w tem 19 przypadków krwiaków podtwardówkowych. Chirurgiczne leczenie tego rodzaju krwiaków u niemowląt daje złe rokowanie. Z pomiędzy 9 osesków, w wieku około 4 miesięcy, operowanych przez *Peet'a* i *Kahn'a* (1932), sześcioro zmarło po zabiegu. Nakłucie błony zewnętrznej krwiaka i wyssanie krwi u niemowląt nie wystarcza. Tego zdania są również *Naffziger* i *Brown* (1934), którzy mówią o złem rokowaniu także po doszczętnem usunięciu krwiaka. *Le Fever* i *Haber* (1934) wykonali jednak zabieg doszczętny 18 dniowemu oseskowi z dobrym wynikiem.

Kończąc przegląd naszych wiadomości o krwiaku podtwardówkowym, zobrazowanych dwoma własnemi spostrzeżeniami, cytuję słowa *Cushing'a* (1925), streszczające najważniejsze dane tego zagadnienia: „krwiaki podtwardówkowe są znacznie częstsze, niż się powszechnie przypuszcza; w większości przypadków, jeżeli nie we wszystkich, są one następstwem urazu, częstokroć tak nieznacznego, że chory zapomina o nim, lub trudno go z wywiadów wydobyć; o rozpoznaniu krwiaka należy zawsze pamiętać, jeżeli wywiady mówią o nieznacznym urazie czaszki, po którym wystąpił okres utajony, często zdumiewająco długi, potem zaś silne bóle głowy i zaburzenia psychiczne. Z chwilą postawienia rozpoznania, wskazania do leczenia operacyjnego są również stanowcze, jak w przypadkach bardziej spopularyzowanych krwiaków nadtwardówkowych, towarzyszących złamaniom kości czaszki; po usunięciu skrzepu można się spodziewać zupełnego wyleczenia; dalsze trwanie krwawienia, lub jego nawroty są zjawiskiem niezwykłem. Obecny pogląd na t. zw. *pachymeningitis haemorrhagica interna*, z jej przypuszczalnemi samoistnemi i wtórnemi krwawieniami, będzie musiał prawdopodobnie ulec całkowicie rewizji".

PIŚMIENNICTWO.

Arend, R.: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., 110: 611, 1927. *Balado, M. i R. Morea:* Bol. Inst. Clin. quir. Univ. Buenos Aires, 5: 235, 1929 — ref. w Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., 55: 784, 1930. *Barré, J. A. i J. Masson:* L'Encéphale, 28: 81, 1933. *Blackburn:* cytowany wg. *P. Schlesingera* (1924). *Bowen, W. H.:* Guy's Hosp. Rep., 59: 21, 1905. *Brion. W.:* Die operative Behandlung der intraduralen Blutungen traumatischen Ursprungs. Diss., Strassburg, 1896. *Buss, O.:* Zeitschr. f. klin. Med., 38: 451, 1899. *Bychowski, Z.:* Med. i Kron. Lek., 1913 (odbitka). *Ciarla, E.:* Arch .f. Psychiat., 52: 439, 1913. *Critchley, Mc. D. i S. P. Meadows:* Proc. roy. soc. med., 26: 306, 1933 *Cushing, H. i Putnam, T. J.* (1925). *Dandy, W. E.:* Practice of Surgery (Dean Lewis), Hagerstown, W. F. Prior Co. 1932, 12: 265. *Dereux, J. i A. Hayem:* Rev. Neurol., 40: 839, 1933. *Elsner, K.:* Über Pachymeningitis ossificans. Diss., München, 1896. *Fahr*, T.: Zentralbl. f. allg. Path. Anat., 23: 977, 1912. *Feiler, K.:* Wien. Med. Wochenschr., 1: 664, 1933. *Fleming, H. W. i O. W. Jones:* Surg. Gynec. Obstet., 54: 81, 1932. *Frazier, C. H.:* Penna. M. J., 33: 466, 1930.; Ann. Surg., 101: 671, 1935. *Gardner, W. J.:* Arch. Neurol. a. Psychiat., 27: 847, 1932. *Gehuchten van, P.:* Rev. d'Othol. etc., 10:651, 1932. *Gläser:* Deutsch. med Wochenschr., 12: 815, 1886. *Goldhahn, R.:* Deutsch. Zeitschr. Chir., 224: 323, 1930. *Graaf Van der, A.*

M.: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 2: 1837, 1915 — cytowany wg. *T. J. Putnama* (1925). *Henschen, C.:* Schweiz. med. Wochenschr., 1: 595, 1930. *Heschl, R.:* Kompendium der allgemeinen u. speziellen pathologischen Anatomie. Wien, 1855, str. 191. *Heuer, G. i W. E. Dandy:* Bull. Johns Hosp., 27: 224, 1916. *Holmes, W. H.:* Arch. Neurol. a. Psychiat., 20: 162, 1928. *Huegenin, O.:* Ziemssen's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, 11: 342, 1877. *Hulke:* Lancet, 2: 814, 1883. *Jakob, A.:* Normale und Pathologische Anatomie und Histologie des Grosshirns. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1927, 1: 316. *Jelsma, F.:* Arch. Surg., 21: 128, 1930. *Jores, L.:* Verhandl. d. deutschen path. Gesellsch., 1: 49, 1898. *Jores, L. i H. Laurent:* Beitr. z. path. Anat. u. zu allg. Path., 29: 486, 1901. *Kaplan, A.:* Brain, 54: 430, 1931. *Kasemeyer, E.:* Friedreich's Bl. f. gerichtl. Med., 62: 293, 1911. *Kernohan, J. W. i H. W. Woltman:* Arch. Neurol. a. Psychiat., 21: 274, 1929. *Kluck, M.:* Ein Fall von vereitertem Haematoma durae matris. Diss., Greifswald, 1890. *König, R.:* Uber Pachymeningitis haemorrhagica interna. Diss., Berlin, 1882. *Leary, T.*. J. A. M. A., 103: 897, 1934. *Le Count, E. R. i C. W. Apfelbaum:* J. A. M. A., 74: 501, 1924. *Le Fever, H. E. i G. B. Haber:* Arch. of Pediat., 51: 457, 1934. *Lewis, B.:* Textbook of Mental Disease, London, 1889, str. 434. *Marie, P., G. Roussy, G. Laroche:* Cpt. rend. soc. biol., 74: 1. 1913. *Melnikow-Rasvedenkow, N.:* Beitr z. path. Anat. u. z. allg. Path., 28: 217, 1900. *Munro, D. i H. H. Merrit:* Arch. Neurol. a. Psychiat., 35: 64, 1936. *Naffziger, H. C.:* cytowany wg. *T. J. Putnama* (1925). *Neisser, E. i K. Pollack:* Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 13: 807, 1902. *Peet, M. M. i E. A. Kahn: J. A. M. A.*, 98: 1851, 1932. *Pfeifer, B.:* Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., 10: 61, 1912. *Piankówna, N.:* Warsz. Czasop. Lek., 11: 523, 1934. *Probst, M.:* Arch. f. Psychiat., 36: 114, 1902. *Putnam, T. J. i H. Cushing:* Arch. Surg., 11: 329, 1925 *i* J. *K. Putnam:* J. Nerv. a. Ment. Dis., 65: 260, 1927. *Reichman:* Deutsch. Zeitschr .f. Nervenheilk., 81: 304, 1924. *Rand, C. W.:* Arch. Surg., 14: 1136, 1927. *Robertson, F.:* Pathology of Mental Diseases. Edinburgh, 1900, str. 81. *Rössle, R.:* Zentralbl. f. allg. Path. u. Anat., 20: 1043, 1909. *Rudder, M.:* Scalpel, 79: 106, 1926. *Russel, D. S. i H. Cairns:* Brain, 57: 32, 1924. *Schlesinger, P.:* Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten (F. Kraus i T. Brugsch), Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1924, 10 (2): 1. *Sperling, H.:* Über Pachymeningitis haemorrhagica interna. Diss., Königsberg, 1872. *Spiller i Mc. Carthy:* Nerv. a. Ment. Diseases, 26: 677, 1899. *Sterling, W. i M. Wolff:* Warsz. Czasop. Lek., 12: 1, 1935, *Torkildsen, A.:* Acta Psychiat. et Neurol., 10: 643, 1935. *Trotter. W.:* Brit. J. Surg., 2: 271, 1914. *Vance, B. M.:* Arch. Surg., 14: 1023, 1927. *Vincent, Cl.:* Rev. Neurol., 41: 107, 1934. *Virchow, R.:* Verhandl. d. phys.-med. Gesellsch. z. Würzburg., 7: 134, 1857. *Vleuten Van, C. F.:* Über Pachymeningitis haemorrhagica interna traumatica. Diss., Bonn, 1898. *Weyhe:* Über die Häufigkeit von Haemorrhagien im Schädel und Schädelinhalt bei Säuglingen, Diss., Kiel, 1889. *Wohlwill, F.:* Arch. f. path. Anat., 214: 388, 1913. *Wright, L. T. i E. M. Livingston:* New York State J. Med., 23: 286, 1932. *Zollinger, R. i R. E. Gross:* J. A. M. A., 10: 245, 1934.

SUMMARY.

Subdural hematoma and its treatment.

Dr. Jerzy Choróbski.

The author speaks firstly of the various opinions on the etiology of subdural blood effusion, then he presents the problems of pathology, symptomatology and prognosis of subdural hematoma. Two personal cases of posttraumatic subdural hematoma, operated successfully, illustrate these various problems. One of the cases was that of a fluid blood effusion, encapsulated in the subdural space by new formed membranes, the other one presented a picture of an huge blood clot, partially organized by the dura mater and resembling the pathological condition, called by *Virchow* the pachymeningitis haemorrhagica interna. The surgical treatment of subdural hematoma will be different, according to the condition of blood, found on exploratory trephining. If the blood in the subdural space will be found fluid,

the small opening, large of 1 to 2 centimeters and situated in the parietal region of the skull, will be all that is needed to suck out completely the blood; in the case of a more or less organized blood clot the surgeon will have to make an osteoplastic craniotomy to evacuate the hematom completely, or at least its major portion. Both methods of treatment were applied respectively in the quoted cases.

Finally, the author points out, that the posttraumatic subdural hematoma is a relatively common condition and frequently follows insignificant head injuries; that the diagnosis should always be considered in a case, in which after an even mild trauma, followed by a latent interval, the patient is suffering from headaches and presents psychotic symptoms; that the treatment is always surgical and that its indication is as definite as that for the operative treatment of the well known extradural hemorrhages. In the majority of cases the treatment gives perfect recoveries and the continuance or recurrence of the bleeding is unusual. It is more evident, that in view of the almost identity of the pathology and symptomatology of posttraumatic subdural hematoma and of the hematoma of the pachymeningitis haemorrhagica interna, our ideas on the etiology and pathology of the latter process will have to be changed.

Z Oddziału Chirurgicznego Warszawskiego Szpitala dla Dzieci.
Dyrektor Doc. Dr. *R. Stankiewicz.*
Ordynator Oddziału Chirurgicznego
Doc. Dr. *J. Zaorski.*

O tak zwanej płonicy przyrannej.

podał

K. Urbańczyk.

Pojęcie płonicy przyrannej zostało wprowadzone poraz pierwszy do literatury lekarskiej w początkach drugiej połowy ubiegłego stulecia. Opisywano najrozmaitsze zabiegi chirurgiczne , urazy i wszelkiego rodzaju uszkodzenia skóry, w następstwie których, spowodu zakażenia rany przez zarazek płoniczy, powstawała po upływie kilku dni tak zwana „szkarlatyna chirurgiczna", czyli przyranna. Spostrzegano wybuch płonicy u oparzonych, po ukąszeniu, po operacjach czystych (wszczepienie jądra, obrzezanie, wyłuszczenie tłuszczaka, przepukliny, zapalenie wyrostka robaczkowego ostre i przewlekłe i t. d.), po nacięciach ropni, zdarciu naskórka, urazie łopatki, a nawet w przypadku zwichnięcia stawu biodrowego.

Pierwszy opis szkarlatyny chirurgicznej, oparty na 10 przypadkach, podał *Sir James Paget* (1864). Uważał on płonicę u chorego po zabiegu operacyjnym za płonicę przyranną, albo jak niektórzy chcą, „scarlatina extrabuccalis" *(Aguirre, Consentino)*. Z innych autorów poza *Paget'em* należy wymienić *Trélata* (1878), *Marscha* i *Riedingera* (1881), *Baruta* (1882), *Hoffę* (1887), *Comby'ego* (1902), *Hamiltona* (1904) i t. d.

Z polskich autorów sprawą szkarlatyny przyrannej zajmował się *Władysław Królikowski,* który na podstawie 21 przypadków (Prz. pedjatryczny 1909) dał jasny i zwięzły pogląd pojęć: „scarlatina chirurgica, scarlatina traumatica i scarlatina extrabuccalis". Wyraził on pogląd, że

istnieje pewna zależność płonicy od uszkodzenia, lecz bez większego praktycznego znaczenia, bowiem związek między raną a płonicą jest taki sam, jak w innych chorobach zakaźnych. Zdaniem jego „płonica przyranna" jest tylko odmianą płonicy typowej i różni się od niej jedynie wrotami zakażenia.

Gerin (Thése de Paris, 1916) opisuje 37 przypadków szkarlatyny u dzieci z ranami albo przetokami (26 po operacjach, 11 w schorzeniach gruźliczych). *V. Hutinel* (Bulletin médical, 1920) podał 139 przypadków płonicy przyrannej w przebiegu najrozmaitszych schorzeń, np.: 12 oparzeń, 14 przepuklin, 17 zapaleń wyrostka robaczkowego, 3 operacje stopy koślawej, 6 zapaleń szpiku kostnego, 9 zapaleń wyrostka sutkowego, 6 zapaleń stawu biodrowego, 1 stawu kolanowego, 5 malum Potti, 20 zimnych ropni, 10 ropniaków i t. d. Według niego nawet świeże blizny operacyjne są wrażliwe na zakażenie i mogą stać się punktem wyjścia płonicy. Ulegają one obrzmieniu i zaczerwienieniu, otwierają się i ropieją. Wkrótce potem zjawia się wysypka w sąsiedztwie rany, która uogólnia się szybko na całem ciele bez dolegliwości ze strony gardła. Wszystkie te przypadki płonicy *H.* obejmuje mianem płonicy chirurgicznej, podkreślając ważność rozpoznania.

Podobny pogląd wyrażają *Bloch, Port, Otti* i *Jurinac*. *Rivola* (La Semana Medica, 1927) na podstawie własnych obserwacyj (9 przypadków) przychodzi do przekonania, że płonica przyranna zjawia się tylko u tych dzieci, które są operowane w okresie wylęgania, a zabieg operacyjny przyspiesza jedynie wybuch płonicy. Ponieważ nie wiadomo nigdy, czy się nie operuje przypadkowo w okresie wylęgania, autor radzi, aby wstrzykiwać surowicę przeciwpłoniczą z reguły wszystkim dzieciom, które mają podlegać operacji.

Ellenbeck (Medizin. Klinik, 1931) radzi objąć mianem szkarlatyny chirurgicznej tylko takie przypadki, w których da się wykazać związek przyczynowy i chronologiczny między raną a wysypką. Wywody swoje oparł na podstawie analizy 18 przypadków zranień i 6 oparzeń.

Rodi (Ist. Maragliano, 1933) opisuje dwa ciekawe przypadki płonicy przyrannej: 1. Pewien osobnik skaleczył się w palec przy kruszeniu orzecha. W miejscu skaleczenia powstało zakażenie. Po dwóch dniach nacięto ognisko ropne, a po 3 następnych dniach wybuchła szkarlatyna. Na powierzchni rany stwierdzono obecność paciorkowca.
2. U drugiego osobnika po stłuczeniu łokcia wystąpiło ropne zapalenie torebki maziowej wyrostka łokciowego: nacięcie, sączkowanie, spadek ciepłoty. W końcu 5 dnia skok ciepłoty i typowa szkarlatyna. Z rany wyhodowano paciorkowca hemolitycznego. W otoczeniu tych dwu osobników płonicy nie stwierdzono, co zdaniem *Rodi* jest wyraźnym dowodem, że u nich rozwinęła się płonica z zakażonej rany.

Ostatnio *Comby* (Archives de médecine des enfants, 1935), omawiając prace *Aguirre* i *Consentino* zwraca uwagę, że nagromadzono już dość dużo dowodów, przemawiających za tem, aby przypadki szkarlatyny u chorych chirurgicznych podciągnąć pod nazwę „płonicy przyrannej", którą *Aguirre* i *Consentino* dla uniknięcia nieporozumień nazwali „escarlatinas extrabucales" albo „extrafaringeas", chcąc przez to podkreślić zasadniczą różnicę między szkarlatyną klasyczną, której wrotami zakażenia jest gardło, a chirurgiczną, której wrota zakażenia są na skórze, słowem w miejscu odległem od gardła. Celem wykazania szkarlatyny chirurgicznej należy zdaniem jego przedewszystkiem chorego dobrze zbadać, później wykazać brak zakażeń w sąsiedztwie rany, nieobecność zmian w gardle oraz szybsze łuszczenie się skóry. Oto byłyby dane, uprawniające do

rozpoznania płonicy przyrannej i wyłączenia zwykłej.

Podobne cechy rozpoznawcze opisał w 1904 roku *Hamilton*. *Comby* twierdzi, że zmiany w gardle są zawsze, tylko że nie zawsze dadzą się one uchwycić przez badającego. Nie zgadza się również z poglądem, że szkarlatyna chirurgiczna jest mniej zaraźliwa, a przez to mniej niebezpieczna od typowej płonicy. W rozpoznawaniu poleca poza badaniem ogólnem wykonać jeszcze próby immunobiologiczne, które potwierdzają rozpoznanie płonicy, a więc odczyn Dicków, Schultz - Scharltona, aglutynację i odchylenie dopełniacza.

Poza danemi ściśle klinicznemi, które przemawiają za wyodrębnieniem płonicy przyrannej, jako oddzielnej grupy, istnieją jeszcze dane doświadczalne: *Comby* przytacza wypadek *Leubego* (Lipsk, 1893), który podczas sekcji zwłok zmarłego na płonicę skaleczył się w palec, wkrótce potem wystąpiła typowa wysypka płonicza i następowe łuszczenie się skóry, rozpoczynające się od skaleczonego palca. Podobnym wypadkom ulegli *Hottinger* i *Schlossman*. Znane jest następnie doświadczenie Dicków (1924), którzy zaszczepili paciorkowce z palca pielęgniarki pełniącej służbę na oddziale chorych na płonicę pewnemu osobnikowi, u którego w kilka dni później stwierdzili typową szkarlatynę.

Ciekawy przypadek ogłosił *Morquio:* w pewnym domu służąca zachorowała na płonicę, równocześnie pani domu zachorowała na gorączkę połogową, dziecko zaś na różę (zmarło 40 dnia po urodzeniu). Zdaniem *Morquio* te trzy obrazy chorobowe powstały wskutek zakażenia tym samym zarazkiem płonicy.

Badania anatomopatologiczne (Inst. anat.-pat. w Leningradzie, 1926 — 1931 *Andrejewa-Troitzkaja)* wykazały u chorych zranionych naogół brak zmian w gardle i migdałkach, albo bardzo nikłe zmiany, które łatwo przeoczyć, natomiast u chorych oparzonych spotyka się prawie zawsze zmiany w gardle, migdałkach i okolicznych gruczołach chłonnych, szyjnych. Zdaniem autorki płonica chirurgiczna może być wywołana nietylko przez paciorkowca hemolitycznego pochodzenia „egzogennego", lecz także i „endogennego".

W Warszawskim Szpitalu dla dzieci w ciągu ostatnich 7 lat spostrzegano 45 przypadków płonicy chirurgicznej: 6 złamań kończyn dolnych i górnych, 8 przepuklin, 5 oparzeń, 3 zapalenia kości, 5 przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego, 5 ostrych zapaleń wyrostka robaczkowego, 2 urazy, 2 rany szarpane, 1 ropowica, 1 zapalenie ucha środkowego, 1 stulejka, 1 zapalenie gruczołów szyjnych, 1 zapalenie okostnej, 1 ciało obce pośladka, 1 zwichnięcie, 1 zapalenie wyrostka sutkowego, 1 wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego, 1 rana gryziona uda i klatki piersiowej.

Prawie we wszystkich przypadkach obserwowano nagły skok ciepłoty, w większości przypadków mniej lub więcej rozległe zmiany w gardle i na migdałkach. Wysypka nie zawsze zjawiała się najpierw w okolicy rany, łuszczenie skóry występowało w różnym czasie i nie rozpoczynało się wcześniej jak w płonicy typowej, jak podają *Port, Otto, Hamilton;* pozatem, naszym zdaniem, ta postać jest równie zaraźliwa, jak postać zwykła. Obok przypadków o przebiegu lekkim spostrzegano także bardzo ciężkie, a nawet śmiertelne (3 przypadki). Zapadały na płonicę dzieci w rozmaitym wieku (najmłodsze 1 rok, najstarsze 13 lat). Okres wylęgania 2 — 5 dni (aczkolwiek obserwowano wybuch szkarlatyny i po 24 godzinach, jak również po upływie 8 — 10 dni). Powikłań obserwowano względnie mało: 1 zapalenie nerek, 1 ostre zapalenie wsierdzia, 5 zapaleń ucha środkowego.

Ani razu nie obserwowano związku mię-

dzy zakażeniem płoniczem a różą, jak to miało miejsce w przypadku *Heubnera,* któremu chory na płonicę napluł na twarz podczas badania i który dostał w kilka dni później w tem miejscu róży.

Koncepcja wyodrębnienia płonicy chirurgicznej, jako oddzielnej grupy, jest zdaniem *Comby'ego* uzasadniona z punktu widzenia naukowego i ma duże znaczenie praktyczne, albowiem pozwala wcześnie rozpoznawać, szybko izolować, i odpowiednio leczyć, a przez to unikać przykrych niespodzianek dla chorego i otoczenia.

Dlatego słusznem i pożądanem byłoby stworzenie w szpitalach ogólnych osobnych oddziałów chirurgicznych zakaźnych, przeznaczonych dla chorych na szkarlatynę i inne choroby zakaźne.

W obecnym stanie szpitalnictwa stolicy dzieci te muszą być leczone w oddziałach wewnętrznych, przez tak zwanych konsultantów chirurgicznych, co nie jest równoznaczne z leczeniem w odpowiednio urządzonych oddziałach, przeznaczonych dla chorych zakaźnych. W tem oświetleniu sprawa zorganizowania właściwych oddziałów staje się kwestją palącą.

ZUSAMMENFASSUNG.

Ueber das sog. chirurgische Scharlachfieber.

v. K. Urbańczyk.

Verf. betrachtet die Frage der sog. scarlatina chirurgica, indem er die jetzigen Meinungen über dies Thema berichtet.

Das eigene Krankenmaterial von 45 Fällen aus dem Warschauer Kinderspital wird näher besprochen. Es ist vom wissenschaftlichen, sowie auch vom praktischen Standpunkt begründet die sog. scarlatina chirurgica, als eine besondere Krankheitsgruppe heraus zu trennen.

Es wäre erwünscht in den grossen allgemeinen Krankenhäusern spezielle Abteilungen für die Chirurgischinfektionskranke zu schaffen.

TECHNIKA OPERACYJNA

Wycięcie wpustu.

podał

Prof. Dr. **Z. Radliński.**

Kierownik I Kliniki Chirurgicznej U. J. P. w Warszawie.

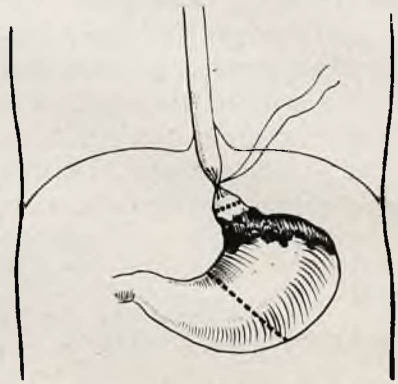
W przypadkach raka wpustu, lub przywpustowej części żołądka albo poprzestajemy na próbnem otwarciu brzucha, albo ograniczamy się do wykonania przetoki żołądkowej. Tymczasem stosunki dolnego końca przełyku pozwalają na leczenie doszczętne, o ile sprawa nowotworowa nie jest posunięta zbyt daleko. Można mianowicie, jak wykazał *Kirschner,* a z mojej Kliniki *Saidman,* uruchomić na tępo przełyk ze śródpiersia na całej długości, lub częściowo. W przypadkach raka wpustu wchodzi w grę uruchomienie i ściągnięcie wdół dolnej części przełyku.

Operacja kształtuje się w sposób następujący: Cięcie w linji środkowej od wyrostka mieczykowatego do pępka i sprawdzenie, czy nowotwór nie jest zbyt rozrośnięty i nie dał widocznych przerzutów. Nie da się przytem dokładnie stwierdzić,

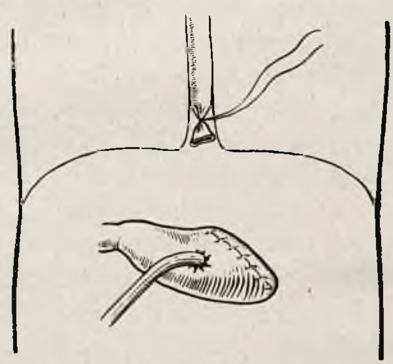
czy sprawa nie zaszła zbyt daleko w górę na przełyk, w pewnej mierze jednak można o tem wnioskować ze zdjęcia rentgenowskiego. Teraz uruchamia się krok za krokiem przywpustową część żołądka przez podwiązanie i przecięcie więzadeł: wątrobowo - żołądkowego wraz z tętnicą wieńcową lewą (a. coron. ventr. sin.) i żołądkowo - śledzionowego. Dla ułatwienia dostępu wypada zazwyczaj dodać cięcie poprzeczne ściany brzucha do końca 11. żebra lewego. Po uwolnieniu żołądka nacina się nożyczkami otrzewnowe obrzeżenie wpustu pod przeponą i dalej palcem na tępo wyosobnia się przełyk ze śródpiersia i ściąga się go wdół, ile się da, około 5 cm. Mocną grubą nicią jedwabną, lub lnianą przewiązuje się przełyk jaknajwyżej, jaknajmocniej. Poniżej węzła nakładamy zacisk i przecinamy przełyk pomiędzy zaciskiem a podwiązką. Dolny koniec przełyku wraz z nicią, której długie końce pozostały nieobcięte, cofa się do śródpiersia; do kikuta przełyku doprowadzamy pas gazy, którego drugi koniec będzie wyprowadzony przez górny odcinek rany operacyjnej powłok wraz z nicią, zamykającą przełyk. Teraz przecinamy żołądek w stosownej odległości od nowotworu, który w ten sposób jest usunięty, i zamykamy szczelnie pozostałą część żołądka. Założenie przetoki przez wszycie rurki gumowej sposobem *Kadera* kończy zabieg.



Dolny koniec przełyku odpada wraz z nicią po 8 — 10 dniach, gdy śródpiersie jest już chronione warstwą ziarniny, powstałej dokoła pasa gazy. Również w jamie brzusznej zrosty dokoła tego pasa tworzą kanał, którym ślina z przełyku może uchodzić nazewnątrz.



Z biegiem czasu może się udać uzyskanie połączenia przetoki przełykowej z przetoką żołądkową zapomocą wstawki gumowej; umożliwiłoby to odżywianie się płynami drogą normalną przez połykanie.



Dotychczas stwierdziłem techniczną wykonalność powyższego planu operacyjnego w trzech przypadkach, z których żaden nie został przy życiu (dwu zmarło w ciągu drugiej doby po operacji, jeden po 6-ciu dniach). Dalsze próby wykażą, czy uda się w ten sposób ratować chorych, bez tego straconych.

Nastawienie t. zw. dośrodkowego zwichnięcia głowy kości udowej.

podał

Dr. Tadeusz Sokołowski.

W przypadkach t. zw. luxatio coxae centralis mamy właściwie do czynienia nie ze zwichnięciem, a złamaniem panewki i wgnieceniem nieuszkodzonej głowy kości udowej. Podręczniki zalecają naogół w takich przypadkach leczenie zapomocą wyciągu uda. *Böhler* radzi nastawienie doraźne zapomocą wyciągu na aparacie śrubowym (stole ortopedycznym) i zastosowanie długotrwałego wyciągu uda, jak w złamaniu kości udowej (2 — 3 tygodnie gwóźdź, potem kleina, lub plaster). Metody bezpośredniego wyciągu za okolicę krętarza *(Putti:* klamra, *Mocquot:* wyciąg zapomocą drutu, *Leveuf:* śruba wkręcona do szyi k. udowej i t. d.), nie znajdują szerszego omówienia w podręcznikach i dlatego nie mają dostatecznego zastosowania w codziennej praktyce.

Sposób bezpośredniego wyciągu za kość udową w osi szyi k. udowej zapomocą śruby jest celowy, a technika nie przedstawia zbyt wielkich trudności: wkręcamy do kości w okolicy krętarza specjalną śrubę, która posiada na jednym końcu gwint śruby drzewnej, przeznaczony do wkręcenia w kość, a na drugim gwint dla nakrętki skrzydłowej. Jeżeli wkręcimy gwint w kość, możemy ciągnąć całą kość, pod warunkiem, że damy oparcie dla nakrętki (rys. 1 i 2). Rolę oparcia dla nakrętki odgrywa opatrunek gipsowy, ujmujący miednicę i udo.

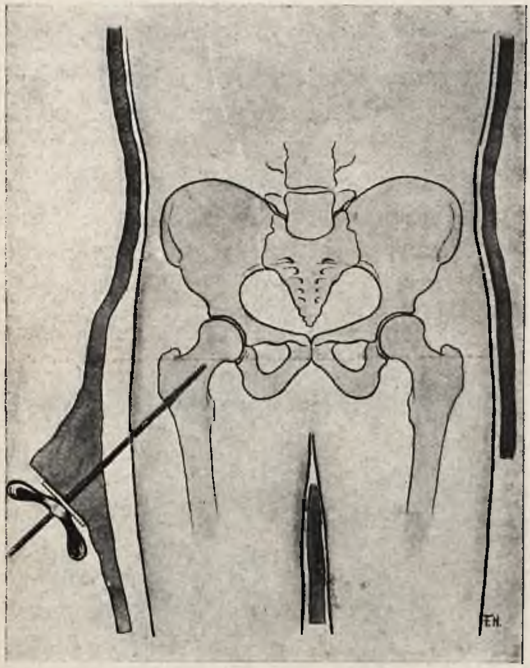
Opiszę teraz technikę zabiegu, wykonanego we własnym przypadku: ułożenie chorego na stole ortopedycznym; po znieczuleniu okolicy krętarza ½% nowokainą, małe cięcie skóry tuż poniżej krętarza i wkłucie noża poprzez mięśnie aż do kości. Nakładamy rączkę na zwykły gwóźdź Steinmanna i wiercimy w kości ręcznie ostrzem gwoździa mały, niegłęboki otwór, który służy do tego, żeby gwint przy wkręcaniu śruby „złapał" łatwo kość. Teraz nakładamy rączkę na koniec śruby i wkręcamy z łatwością gwint w kierunku osi szyi k. udowej. Po obłożeniu rany wyjałowioną gazą napinamy kończyny na



Rys. 1.
Narzędzia: gwóźdź Steinmanna z rączką i śruba do bezpośredniego wyciągu górnej nasady kości udowej.

stole ortopedycznym i nakładamy krótkie spodnie gipsowe, wyściełając obficie watą grzebień kości biodrowej po stronie chorej kończyny ze względu na ucisk, jaki wywierać będzie potem gips. Teraz najważniejszy szczegół opatrunku gipsowego: ponieważ nakrętka będzie się opierać o opatrunek gipsowy, a jej działanie polegać będzie na pociąganiu wbok całego uda,

należy wykonać opatrunek gipsowy tak, żeby zostawić wolną przestrzeń pomiędzy boczną powierzchnią uda, a wewnętrzną

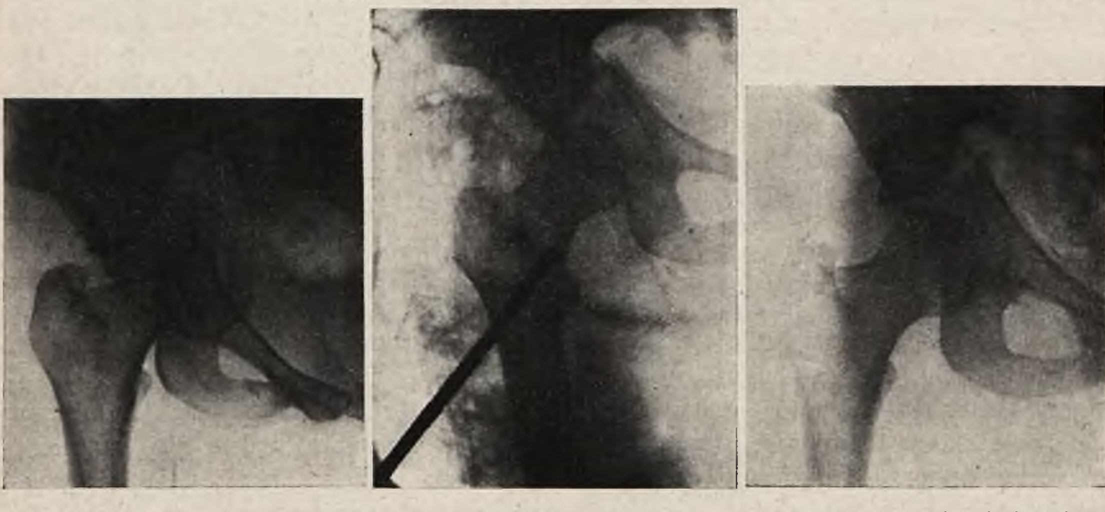


Rys. 2.
Schemat opatrunku i działania wyciągu śrubowego.

powierzchnią opatrunku. Uzyskujemy to zapomocą wgipsowania do pasa gipsowego, ujmującego tułów i miednicę, mostu z drucianej szyny, wzmocnionej gipsem. W miejscu, gdzie przez ten most wystercza z opatrunku śruba, robimy z papki gipsowej, pomieszanej z kawałkami ligniny, schodek, o powierzchni prostopadłej, do śruby. Po ukończeniu opatrunku i wyschnięciu gipsu nakładamy na śrubę kawałek blachy metalowej z otworem po środku i wkręcamy nakrętkę skrzydłową [1]). Teraz, pokręcając nakrętkę, możemy wyciągnąć we właściwej osi głowę kości udowej o kilka cm., kontrolując wynik zdjęciem rentgenowskiem. Probujemy pozatem dodatkowo zepchnąć odłamki panewki na właściwe miejsce palcem, wprowadzonym do odbytnicy.

Działanie śruby i zalety metody: Wyciąg działa bezpośrednio w osi szyi kości udowej, a nie po przekątni, jak przy zwykłym wyciągu za udo. Pozatem wyciąg ten możemy dowolnie dawkować, kontrolując ustawienie rentgenem. Najważniejsza jest tutaj pewność działania, gdyż kierunek wyciągu jest właściwy i niema mowy o cofnięciu się głowy kości udowej do środ-

[1]) Śrubę (ze stali nierdzewnej) i inne potrzebne do zabiegu narzędzia dostarczyła firma A. Mann, Warszawa, Pl. Małachowskiego 2.



Zdjęcia przypadku luxatio coxae centralis: przed leczeniem, podczas wyciągu śrubą i po ukończeniu leczenia.

ka, a przecież wszyscy podkreślają zgodnie, że trudność polega nietylko na wyciągnięciu głowy, ale w większym jeszcze stopniu na utrzymaniu jej na właściwem miejscu. Zwykły wyciąg po przekątni nie zabezpiecza od wtórnego przemieszczenia, które powstaje wskutek odruchowego kurczu mięśni, przebiegających od miednicy do krętarzy i następuje tem łatwiej, im większe jest uszkodzenie kości miednicy. Opatrunek gipsowy z wyciągiem śrubowym za kość w osi szyi kości udowej nietylko utrzymuje głowę k. udowej na miejscu, lecz sprzyja również konsolidacji złamania, ponieważ zapewnia dobre unieruchomienie.

Dla ilustracji podaję zdjęcia przypadku, wyleczonego opisanym sposobem. Opatrunek trzymaliśmy przez 6 tygodni, przetoka pozostała po usunięciu śruby, zagoiła się bez reakcji w ciągu tygodnia. Ruchy stawu biodrowego wolne, niebolesne. Dalsze leczenie takich przypadków polega na wyrabianiu ruchów stawów zapomocą masażu i ćwiczeń; obciążać kończynę należy w cięższych przypadkach dopiero po upływie 10 — 12 tygodni.

Z Instytutu Chirurgji Urazowej w Warszawie.
Kierownik Płk. Dr. *Tadeusz Sokołowski.*

Jak nakładać szynę ramienia.

podał

Dr. Jan Skorko.

Szyna ramienia, t. zw. szyna abdukcyjna, jest stosowana w leczeniu złamań kości ramiennej i obręczy barkowej, jak również w sprawach zapalnych i urazowych całej kończyny górnej. Zwykły sposób jej umocowania do tułowia polega na użyciu trzech głównych pasów: dwa z nich obejmują tułów, ale właściwie dopiero trzeci, który przechodzi skośnie przez tułów i zdrowy bark, dźwiga cały ciężar szyny wraz z kończyną i nie pozwala na opuszczanie się szyny wdół.

Że takie umocowanie szyny nie wystarcza do długotrwałego, dobrego unieruchomienia kończyny, przekonaliśmy się, prowadząc w ciągu kilku miesięcy kilkadziesiąt złamań kości ramiennej, leczonych unieruchomieniem na szynie abdukcyjnej.

Tam, gdzie stosowaliśmy szyny abdukcyjne, czy kramerowskie, czy aluminjową szynę uniwersalną (typ Böhlera), umocowane zwykłym sposobem zapomocą pasów, widywaliśmy wtórne przemieszczenia odłamków, dobrze przedtem nastawionych. Widywaliśmy chorych, podtrzymujących szynę zdrową ręką, bądź w celu podtrzymania opadającej wdół szyny, bądź w celu odciążenia zdrowego barku i okolicy nadobojczykowej, narażonej pomimo podkładania materacyków na otarcie. Obserwowaliśmy również często, że przy ruchach chorego szyna wykonywała oddzielnie ruchy niesynchroniczne z ruchami tułowia. Pasy, a zwłaszcza opaski, rozluźniały się, szyna zesuwała się wdół, lub ku tyłowi, co wymagało poprawek. Słowem, umocowanie było niedostateczne i szyna zatracała swe przeznaczenie, nie dając zupełnego unieruchomienia. Dopiero zastosowanie nowego sposobu umocowania szyny rozwiązało, jak się zdaje, sprawę całkowicie.

Obecnie w przypadkach, gdzie zależy na długotrwałem, dobrem unieruchomieniu stosujemy wyłącznie szyny druciane, umocowując je do tułowia zapomocą opasek gipsowych, tak, by szyna stanowiła jedną

całość z tułowiem. Zamiast opierania ciężaru szyny wraz z kończyną na zdrowym barku za pośrednictwem ukośnego pasa, oparcie zostaje przeniesione na talerze biodrowe. Bark zdrowy z kończyną — zupełnie wolne. Chorzy znoszą dobrze takie obciążenie, nie mają dolegliwości, a co najważniejsze, unieruchomienie jest prawie idealne, trwałe i nie wymaga poprawek w ciągu tygodni.

legające do tułowia, opierało się swym dolnym końcem na kolcu biodrowym, a górnym przylegało dobrze do dołu pachowego (rys. 3). Dolny koniec szyny przymocowujemy dwoma opaskami gipsowemi do zaschniętego już pasa gipsowego. Na klatkę piersiową dajemy świeży longet górny, tak, by pokrywał poprzedni, bezpośrednio leżący na skórze. Ramię szyny znajdzie się pomiędzy longetami; tak na-



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.

Sposób nakładania szyny: najlepiej wykonać ten opatrunek w stojącej pozycji chorego. Chorą kończynę podtrzymuje jeden z pomocników. Występy talerza biodrowego (kolce i grzebienie) osłaniamy materacykami (jak na rys. 1.). Trzeci materacyk (lub pasek filcu) kładziemy na kość krzyżową. Przyklejamy materacyki do skóry mastisolem. Z 2 opasek gipsowych, szerokości 15 cm., długości 2½ m., robimy longet długości równej obwodowi tułowia i nakładamy na materacyki, przymocowując go opaską gipsową. Modelujemy dokładnie grzebienie i kolce aż do zaschnięcia gipsu (rys. 2). Teraz kładziemy drugi, krótszy longet (50 — 60 cm.) na połowę klatki piersiowej, po stronie odpowiadającej chorej kończynie. Przykładamy do longetów szynę tak, by jej ramię, przy-

łożone longety przymocowujemy do klatki piersiowej zwykłą opaską. Czekamy jeszcze do zaschnięcia gipsu, podtrzymując szynę, poczem układamy kończynę na szynie (rys. 4, 5). W razie potrzeby dodajemy wyciąg (rys. 6).

U kobiet umocowanie szyny przedstawia pewne trudności ze względu na sutki. Należy przeto longet, obejmujący połowę klatki piersiowej rozdwoić sprzodu tak, by ramię górne obejmowało przestrzeń ponad sutkiem, a dolne poniżej.

Wrażliwsi chorzy z ciężkiemi złamaniami są skłonni do omdleń, co utrudnia nałożenie szyny; należy o tem pamiętać i wykonać pracę szybko, albo rozłożyć ją na kilka etapów z przerwami na odpoczynek.

Tak nałożony opatrunek chorzy znoszą dobrze przez kilka tygodni. Szyna wraz z



Rys. 4.



Rys. 5.



Rys. 6.

kończyną nie zmienia położenia i nie wymaga poprawek. Opisany sposób nadaje się do zastosowania w chirurgji wojennej, gdyż ranny z dobrze unieruchomioną kończyną zniesie dobrze długi transport, a wykonanie opatrunku jest proste i tanie.

STRESZCZENIA

KLATKA PIERSIOWA.

W a l t e r G r a f (Coswig). **Najlepsza co do wyników i najoszczędniejsza metoda torakoplastyki ze szczególnem uwzględnieniem jej społecznego znaczenia.** (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, t. 88, z. 4., 1936, s. 324 — 340).

Przed wykonaniem torakoplastyki należy dążyć do założenia częściowej odmy w dolnej części opłucnej pomimo istnienia górnych zrostów dokoła ogniska. Co się tyczy porażenia przepony (wyrwanie nerwu przeponowego), autor cytuje zdanie *Sauerbrucha,* który nie przypisuje temu większego wpływu na sprawę gruźliczą, pozatem uważa, że wyrwanie nerwu przeponowego na krótko przed torakoplastyką może doprowadzić do niebezpiecznych powikłań pooperacyjnych. Po wyrwaniu nerwu przeponowego należy czekać z wykonaniem torakoplastyki od 3 — 6 miesięcy.

Ostatnie publikacje *Sauerbrucha* i *Ficka* podają odsetek zupełnych wyleczeń po torakoplastyce na 35 — 45%. Ze społecznego punktu widzenia należy dążyć do ograniczenia pozostałego deficytu, który wynosi około 60%, do możliwego minimum, t. j. ulepszyć torakoplastykę.

Opisując rozwojowe etapy tego zabiegu, autor uważa za największy postęp w zakresie techniki operacyjnej uznanie zasady całkowitego usuwania. 1. żebra, ponieważ tylko wówczas można osiągnąć całkowite zapadnięcie szczytu płuca. *Sauerbruch* broni stale poglądu, że przy sprawach szczytowych należy dążyć do zapadnięcia całego płuca, t. j., że należy usuwać zawsze wszystkie żebra. Jednakowoż ostatnio wysuwa się wszędzie na pierwszy plan zasada ograniczenia torakoplastyki do górnego odcinka klatki piersiowej, tj. do zadziałania na chory szczyt. Pierwsze próby w tym kierunku podjęli chirurdzy amerykańscy *Lambert* i *Miller, John Alexander* oraz *Liliental* (w r. 1924). Niezależnie od nich, poczynając od r. 1925, szereg chirurgów europejskich *(Jacobovici, Coffey, Mallet-Guy, Desjaques, Lauwers* i inni) podało własne metody nadszczytowej torakoplastyki w połączeniu z apikolizą i wyrwaniem nerwu przeponowego. *Bonniot* opracował technikę rozległego usuwania żeber (aż do przodu) z tylnego cięcia przykręgowego, szczególnie w zastosowaniu do 1. żebra.

Autor po własnych doświadczeniach w ciągu szeregu lat dochodzi do wniosku, że najracjonalniejsza jest torakoplastyka nadszczytowa („obere Entrippung"), ponieważ prowadzi szybko do likwidacji gruźliczych jam szczytowych płuc. Aczkolwiek niema jeszcze statystyki, któraby przemawiała w sposób zupełnie przekonywujący o wyższości takiego postępowania, to jednak dotychczasowe doświadczenia upoważniają do ogłoszenia wyników.

W sprawie sposobu *Monaldiego* autor cytuje zdanie *Ficka*, że torakoplastyka ta różni się od innych typów nadszczytowej torakoplastyki chyba tylko tem, że stwarza trudniejszy dostęp. Opis własnej techniki autor ogłasza osobno (p. niżej).

Walther Graf (Coswig). **Przyczynek do techniki torakoplastyki.** (Der Chirurg, Nr. 12/36, s. 469 — 476).

Od 10 lat wysiłki chirurgów idą w kierunku uzyskania takiej metody torakoplastyki, której wynikiem byłoby wygojenie się jamy szczytowej z zachowaniem reszty płuca zdolnego do czynności (po operowanej stronie).

Domeną torakoplastyki jest, jak wiadomo, rozpadowe gruźlicze schorzenie górnego płata płuca. Technika podana przez *Monaldiego* jest w ostatniej modyfikacji odmianą torakoplastyki nadszczytowej.

W ciągu szeregu lat autor doskonalił technikę torakoplastyki nadszczytowej, dążąc do uzyskania całkowitego zapadnięcia szczytu. Początkowo usiłowania G. szły w kierunku usuwania całego 1. żebra z cięcia tylnego (przykręgowego). Stopniowo technika ulegała zmianom: obecnie autor wykonywa plastykę nadszczytową na dwa tempa, od przodu i od tyłu.

Technika zabiegu od przodu: w miejscowem znieczuleniu cięcie od mostkowego przyczepu 2. żebra w kierunku wyrostka barkowego. Po rozsunięciu włókien mięśnia piersiowego wycięcie 2. i 3. żebra jaknajdalej do tyłu, następnie operujący odłuszcza tylną powierzchnię 1. żebra od śródpiersia tuż u przyczepu mostkowego poczem przecina w tem miejscu żebro i chwytając koniec przeciętego żebra usuwa je jaknajdalej do tyłu; zazwyczaj udaje się usunąć spory kawałek 1. żebra. Po wykonaniu apikolizy autor zakłada niewielką plombę — 60 cm^3; nie stosuje plomby w razie istnienia odmy, wzgl. odmy powikłanej wysiękiem.

W razie gładkiego przebiegu po pierwszej operacji, następuje drugie tempo — przykręgowa torakoplastyka: w ten sposób 1., a nawet 2. żebro zostaje usunięte w całości, autor usuwa obecnie niekiedy tylne części żeber według techniki *Prousta, Maurera i Rollanda.*

Opisaną metodą autor operował 120 chorych.

A. Maurer i Dreyfus-le Foyer. Technika przykręgowych torakoplastyk z podokostnowem wycinaniem żeber i z wycinaniem żeber wraz z okostną. (Journal de Chirurgie, Nr. 5, t. 47/36, s. 721 — 753).

Klasyczna przykręgowa torakoplastyka *Sauerbrucha* nie jest w stanie wyleczyć dużych jam szczytowych. Po omówieniu różnych sposobów stosowanych przez autorów w latach ubiegłych, M. i D. dochodzą do wniosku, że należy przestrzegać następujących zasad wykonywania torakloplastyki:

1. Jamy szczytowe umiejscowione stylu w pobliżu śródpiersia wymagają specjalnej techniki torakoplastyki (wyluszczenia żeber stylu w stawach żebrowo-kręgowych z jednoczesnem usunięciem wyrostków poprzecznych kręgów).

2. Każda torakoplastyka wymaga usunięcia 3 pierwszych żeber: 3.i 2. żebro należy wyciąć na rozległej przestrzeni (17 — 18 cm.), 1. żebro powinno być zawsze usunięte w całości.

3. Kombinacja operacji przykręgowej z torakoplastyką przymostkową (przednią), lub boczną (w linji pachowej) pozwala na całkowite usunięcie każdego żebra.



4. Technika torakoplastyki pozwala w obecnej dobie na „wymodelowanie" klatki piersiowej na dowolnej przestrzeni w dowolnym kierunku.

5. Nie należy doprowadzać do zapadnięcia dużych jam zbyt szybko, a z drugiej strony ze względu na chorego nie należy rozdzielać zabiegu na zbyt wiele posiedzeń.

Jeżeli odstęp pomiędzy poszczególnemi etapami torakoplastyki jest zbyt duży, wówczas zapadnięcie klatki piersiowej może być niedostateczne, ponieważ w międzyczasie następuje regeneracja żeber z pozostałej okostnej. Formolizacja okostnej wprowadzona przez *Schoemakera*, a stosowana na szeroką skalę przez szkołę *Morelliego*, zdaniem autorów nie jest metodą czysto chirurgiczną, to też autorzy, nie rezygnując w pewnych wypadkach z formolizacji, opracowali metodę wycinania żeber wraz z okostną.

Następuje dokładny, bogato ilustrowany opis techniki. Reprodukujemy ułożenie chorego i cięcie operacyjne .

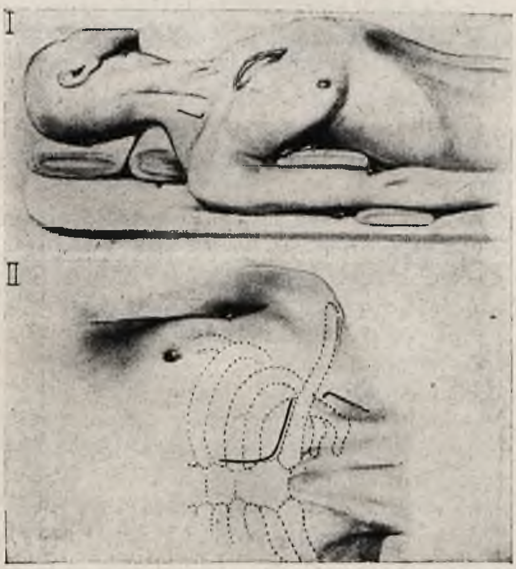
A. Maurer i Dreyfus-le Foyer. **Wycięcie 1. żebra, jako składowy akt przednich torakoplastyk.** (Journal de Chirurgie, Nr. 1, t. 48/36, s. 1 — 21).

Jest to uzupełnienie poprzedniej publikacji. *Jacobovici, Lauwers, Gregoire i Lyonnet* podali dostęp nad obojczykiem do wycinania 1. żebra. Autorzy wraz z *Proustem*, celem całkowitego wycięcia 1. żebra, powzięli ideję połączenia cięcia przymostkowego (podobojczykowego) wraz z nadobojczykowym. Jest to łagodny zabieg, który autorzy traktują, jako wstęp do całkowitej nadszczytowej torakoplastyki (reprodukujemy ułożenie i cięcia operacyjne).

Technika: znieczulenie miejscowe i przewodowe, cięcia, jak na załączonych rysunkach, wzię-

I

II



tych z pracy; po rozsunięciu włókien mięśnia piersiowego wypreparowanie przymostkowego końca chrząstki 1. żebra i przecięcie nożem; poujęciu kleszczami Museux chrząstki przeciętego żebra wycięcie 1. żebra jaknajdalej do tyłu. Z tego samego cięcia, ew. po przedłużeniu, można wyciąć również znaczne odcinki żeber 2. — 5.

W niektórych przypadkach zachodzi konieczność dodania cięcia nadobojczykowego; wówczas po przecięciu dolnego przyczepu m. pochyłego przedniego możemy ująć 1. żebro, przecięte uprzednio przy mostku z cięcia przymostkowego, i wyciąć je w całości. Autorzy podają również specjalne szczegóły techniki wycięcia 1. żebra wraz z okostną.

Ostatnie rozdziały, pracy dotyczą techniki torakoplastyki przedniej (przymostkowej) oraz bocznej (w linji pachowej); podana technika nie różni się od techniki szkoły *Morelliego*. Liczne, piękne plansze ilustrują pracę.

T. Sokołowski.

KOŃCZYNA GÓRNA.

Fontaine R. i Kunlin J. (Strasbourg). **Przyczynek do badań nad zespołem Volkmanna pochodzenia naczyniowego.** (Journal de Chir. t. 48, Nr. 2/36, s. 161 — 172).

Zespół Volkmanna (przykurczenie z niedokrwienia) powstający w następstwie złamania nadkłykciowego kości ramiennej jest spowodowany uszkodzeniem tętnicy (stłuczenie, wklinowanie pomiędzy odłamy, całkowite przerwanie ciągłości). Z biegiem czasu dochodzi do zmian nieodwracalnych mięśni kończyny. W każdym wypadku złamania nadkłykciowego konieczna jest kontrola tętna t. promieniowej, względnie badanie oscylometryczne. Stwierdzenie zaburzeń krążenia stanowi bezwzględne wskazanie do natychmiastowego zabiegu(odsłonięcie tętnicy, uwolnienie jej, sympatektomja). Jest to zabieg towarzyszący krwawemu nastawieniu odłamków, skutecznie przytem zapobiegający rozwinięciu się zespołu Volkmanna.

Ehalt W. (Wiedeń). **W sprawie leczenia nadkłykciowych złamań kości ramiennej.** (Der Chirurg, Nr. 2/36, s. 61 — 65).

Autor (ze szkoły Böhlera) jest zwolennikiem ręcznego bezkrwawego nastawiania tych złamań zarówno u dzieci, jak u dorosłych. Przedewszystkiem należy wyrównać nieprawidłowe skręcenie odłama obwodowego ku wewnątrz, co osiąga się przez ustawienie przedramienia prostopadle do długiej osi ciała. Nastawienie odbywa się na siedząco w znieczuleniu miejscowem zapomocą wyciągu (pasa) nałożonego na przedramię tuż poniżej łokcia, oraz przeciwwyciągu (ręcznik dookoła tułowia). Kończyna jest zgięta w łokciu pod kątem prostym, ramię odwiedzione, przedramię

nawrócone. Nastawianie dokonuje się niemal automatycznie, z wyjątkiem przemieszczenia bocznego, które należy wyrównać ręcznie. Po nastawieniu nakłada się szynę gipsową, ujmującą kończynę od przyczepu m. naramiennego do podstawy palców, i układa się kończynę na szynie odwodzącej ze stałym wyciągiem, który zapobiega przemieszczeniu odłamów. Długotrwałe unieruchomienie i niestosowanie masażu zapobiega wystąpieniu skostnień śródmięśniowych.

W i e d h o p f O. (Wiesbaden). **O leczeniu nadkłykciowych złamań kości ramiennej u dzieci wyciągiem drutowym za łokieć.** (Der Chirurg, Nr. 10/36, s. 395 — 397).

Autor poleca ten sposób leczenia, który stosuje z dobrym wynikiem od 7 lat; ani razu nie doszło do zakażenia. Drut przechodzi nie przez wyrostek łokciowy, a przez trzon k. łokciowej na 1½ palca obwodowo od kłykcia przyśrodkowego. Wyciąg działa 2-3 tyg., w tym okresie chory leży z ramieniem ustawionym pionowo, a przedramieniem — poziomo.

F e l s e n r e i c h F. (Wiedeń). **Wyniki leczenia ciężkich złamań nadkłykciowych kości ramiennej u dzieci w opatrunku gipsowym.** (Der Chirurg, Nr. 4/36, s. 128 — 133).

Autor osiągnął dobre wyniki w 58 przyp. złamań nadkłykciowych leczonych bezkrwawo nastawieniem ręcznem i unieruchomieniem zapomocą opatrunku gipsowego. Nastawienie odbywa się w znieczuleniu miejscowem (15 - 20 cm. ½ -1 proc nowokainy) po wymasowaniu krwiaka. Chory leży na stole z ramieniem odwiedzionem pod kątem prostym, a przedramieniem uniesionem pionowo i maksymalnie nawróconem. Przy zgięciu łokcia pod kątem 70 stop. stosuje się wyciąg w osi ramienia za pas nałożony na przedramię tuż poniżej łokcia; przeciwwyciąg za tułów. Wyciąg działa w ciągu 10 min. poczem nastawia się odłamy ręcznie pod ekranem. Po nastawieniu nakłada się na kończynę i tułów opatrunek gipsowy, który unieruchamia również staw barkowy; nad stroną promieniową przedramienia i na ramieniu wycina się okno. Po 5-ciu tyg. zdjęcie gipsu, leczenie może być prowadzone nawet ambulatoryjnie. W świeżych przypadkach autor nie operuje nigdy.

T i e t z e H. (Lipsk). **Bezkrwawe nastawianie zastarzałego zwichnięcia barku przy pomocy wstrzykiwań nowokainy.** (Der Chirurg, Nr. 16/36, s. 647 — 9).

Niepowodzenie próby bezkrwawego nastawienia zastarzałego zwichnięcia barku, wykonanej w uśpieniu, stanowi zazwyczaj wskazanie do leczenia operacyjnego, którego wyniki są jednak naogół niedostateczne. Główną przyczyną trudności nastawienia zastarzałego zwichnięcia jest przykurcz mięśni, zwłaszcza m. podłopatkowego. Znieczulające działanie nowokainy znosi napięcie mięśni, czego nie można osiągnąć nawet zapomocą głębokiego uśpienia.

Postępowanie w przypadkach zastarzałego zwichnięcia barku polega na wstrzyknięciu do stawu i obstrzyknięciu mięśni barku, a zwłaszcza m. podłopatkowego, ½% nowokainą, poczem następuje próba nastawienia w uśpieniu; w razie zawodu należy powtarzać wstrzykiwanie nowokainy co drugi dzień, ponieważ takie znieczulenie rozluźnia stopniowo mięśnie. Po 8-miu dniach ponowna próba nastawienia daje przeważnie pomyślny wynik. Konieczne jest wczesne uruchomianie stawu. (już po dwuch dniach od nastawienia). Dopiero w razie niemożności nastawienia zwichnięcia tą metodą należy przystąpić do zabiegu krwawego.

H. Ciszkiewicz.

KOŃCZYNA DOLNA.

K l a g e s F. (Halle). **O bezkrwawem nastawianiu poprzecznych złamań kości udowej.** (Der Chirurg, Nr. 15/36, s. 604 — 9).

Chorego układa się na stole ortopedycznym i w głębokiem uśpieniu stosuje się stopniowy, ale b. silny wyciąg złamanej kończyny zapomocą mankietu ujmującego nogę w przegubie. Włączony dynamometr powinien osiągnąć po kwandransie 100 — 120 kg. Pod kontrolą rentgenowską udaje się wtedy wyrównać ręcznie przemieszczenie boczne i wklinować odłamy, poczem na słabszym już wyciągu nałożyć ustalalający wielki opatrunek gipsowy.

J á k i I. (Debrecen). **O odosobnionych złamaniach krętarzy.** (Zbl. f. Chir., Nr. 20/36, s. 1169 — 1173).

Złamania krętarza małego powstają wyłącznie z oderwania przez gwałtowny skurcz mięśni np. przy uprawianiu sportów. Przed 20-tym rokiem życia mają one charakter epifizjolizy, zaś w wieku średnim są b. rzadkie, gdyż raczej ulegają wtedy oderwaniu mięśnie.

Znamienny dla tych złamań objaw Ludloffa polega na tem, że chory w pozycji siedzącej nie może unieść wyprostowanej w kolanie kończyny powyżej poziomu (brak czynności m. biodrowo-lędźwiowego). Pewne rozpoznanie daje dopiero zdjęcie rentgenowskie. Wobec małego zazwyczaj przemieszczenia odłamu, leczenie jest zachowawcze.

Odosobnione złamanie krętarza wielkiego należy do rzadkości. Przyczyną może być zarówno uraz

bezpośredni, jak skurcz mięśni. O rozpoznaniu i stopniu przemieszczenia decyduje rentgenogram. Następstwem zaniedbania leczenia jest zanik m. pośladkowych. Leczenie najczęściej zachowawcze (np. opatrunek z przylepca), rzadko zachodzi konieczność przybicia odłamu gwoździem.

H. Ciszkiewicz.

ZJAZDY

IV Zjazd Naukowy Oficerów Służby Zdrowia odbędzie się w Warszawie w dn. 7 — 9 stycznia 1937 r. Komitet Zjazdu zaprasza do jaknajliczniejszego uczestnictwa w Zjeździe oficerów zawodowych i rezerwy, oraz lekarzy interesujących się sprawami wojskowej służby zdrowia.

W pierwszym dniu Zjazdu odbędą się dwa posiedzenia ogólne, na których zostaną wygłoszone następujące referaty programowe:

1) Dur plamisty i walka z nim.
2) Współczesne metody leczenia ran.
3) Zagadnienie zmęczenia w poszczególnych rodzajach wojska.
4) Stan przemysłu krajowego a zaopatrzenie armji w materjał sanitarny.

W drugim dniu Zjazdu obrady będą się toczyć w poszczególnych sekcjach. Wybrano następujące tematy programowe:

1) Zagadnienie leczenia i rokowanie w kile sercowo - naczyniowej.
2) Współpraca wojska i organizacyj cywilnych w zwalczaniu gruźlicy.
3) Leczenie operacyjne gruźlicy płuc.
4) Metody leczenia urazów i złamań w świetle materjału Instytutu Chirurgji Urazowej.
5) Zagadnienie dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji.
6) Wydolność ustroju ludzkiego w świetle fizjologji i kliniki.
7) Sprawa narządu wzroku w związku z wymaganiami poszczególnych rodzajów broni.
8) Metody leczenia wczesnej kiły.
9) Ambulatoryjne leczenie rzeżączki w czasie pokoju i w czasie wojny.
10) Zagadnienie syntezy niektórych środków leczniczych.

Komitet Zjazdu prosi o zgłaszanie koreferatów i komunikatów na wymienione tematy do dnia 15 października r. b.

Szczegółowy program Zjazdu zostanie ogłoszony później. Sekretarjat Zjazdu mieści się w Warszawie, ul. Górnośląska 45, tel. 97357. Przewodniczący Zjazdu: *gen, bryg. dr. St. Rouppert,* Szef Dep. Zdrowia M. S. Wojsk.

IV Zjazd Lekarski w Krynicy urządza Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy w dn. 9—11 stycznia 1937 r.

Głównemi tematami obrad będą:

1. Schorzenia przemiany materji i ich leczenie z uwzględnieniem lecznictwa zdrojowego.
2. Klinika i terapja niepłodności i niemocy płciowej.

Szczegółowy program zostanie niebawem ogłoszony. Informacyj udziela oraz zgłoszenia odczytów i uczestnictwa przyjmuje generalny sekretarz Zjazdu dr. Mieczysław *Dukiet.*

III Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego w Bolonji i Rzymie (25.IX — 29.IX.36).

Najpierw małe wyjaśnienie w sprawie zmiany nazwy Towarzystwa: Przed rozpoczęciem właściwych obrad Zjazdu, na posiedzeniu Rady, złożonej, jak wiadomo, z delegatów wszystkich państw, wchodzących w skład Towarzystwa, na wniosek prof. *Puttiego* postanowiono niemal jednogłośnie zmienić nazwę Towarzystwa i odtąd mianować się Międzynarodowem Towarzystwem Ortopedycznem i Traumatologicznem. Uchwała ta była następnie zatwierdzona na plenarnem posiedzeniu Towarzystwa. Postanowienie to ma duże znaczenie moralne i formalne — przyśpieszy niewątpliwie proces scalenia tych dwu dziedzin w tych niewielu krajach, gdzie jeszcze to nie nastąpiło (Niemcy, Austrja). Nogół jest to uchwała spóźniona — większość bowiem państw naszego kontynentu i Ameryki rozstrzygnęła znacznie wcześniej tę sprawę na własnych podwórkach.

Właściwy Zjazd rozpoczął się 26 września w Bolonji przy dużym napływie gości z Europy, Ameryki Północnej i Południowej. Organizacja Zjazdu stała na najwyższym poziomie tego

rodzaju imprez światowych, o tyle przewyższając te ostatnie, że tło, oprawa jakie dać może Instytut Rizzoli'ego, nadało, jak, to słusznie podniósł prezes Towarzystwa, *prof. Ombrédanne*, Zjazdowi wdzięk, nigdzie nie spotykany.

Ze Zjazdem były połączone: duża wystawa narzędzi chirurgicznych i ortopedycznych produkcji włoskiej, wyświetlanie filmów operacyjnych, pokazowe operacje, pokazy chorych i nowych metod badania (rentgenokinematografja) oraz urozmaicone i bogate życie towarzyskie.

Programowemi tematami Zjazdu były: 1) Urazy stawu kolanowego i 2) Zagadnienie artrorizy w ortopedji. Pierwszy temat opracowali *Valls* (Argentyna), *Mathieu* (Francja), *Platt* (Anglja) i *Kalina* (Polska). Duże zainteresowanie obudził referat Kaliny, który w sposób dobitny i przejrzysty wykazał duże znaczenie djagnostyczne pneumografji stawu kolanowego, przekonywując do niej nawet sceptyków *(Delitala)*. W dyskusji zabierało głos szereg uczestników, z Polski przemawiał doc. *Raszeja* (Poznań), ujmując zagadnienie ze strony histologicznej i wykazując w szeregu zdrowych, normalnych łąkotek zmiany degeneracyjne, odpowiadające meniskopatji.

Drugi temat programowy — o artrorizach opracowali *Rocher* (Francja) i *Palagi* (Italja). Autorowie ci wykazali ogromne znaczenie tej metody operacyjnej w leczeniu wiotkich porażeń kończyn, zwłaszczą dolnej. W dyskusji, wśród innych, zabrał głos doc. *Dega* (Poznań), podając niektóre ujemne następstwa artrorizy, zwłaszcza tylnej (arthritis deformans, bóle, usztywnienie).

Po wyczerpaniu dyskusji nad drugim tematem programowym wygłoszono 36 wykładów na tematy dowolne. Z Polski referowali doc. *Dega* i doc. *Gruca* (Lwów). Ostatni demonstrował swój, dobrze u nas znany, sposób leczenia złamań szyi kości udowej.

Zakończenie Zjazdu nastąpiło w Rzymie w nowootworzonej Klinice Ortopedycznej dnia 29 września.

Następny Zjazd odbędzie się za trzy lata w Berlinie pod przewodnictwem prof. *Gochta*. Jednym z tematów programowych będzie leczenie złamań szyi kości udowej.

J. Zaremba (Kraków).

K r o n i k a.

ZMIANY PERSONALNE

Prof. dr. Antoni *Leśniowski*, długoletni kierownik I Kliniki Chirurgicznej U. J. P. ustąpił z zajmowanego stanowiska, przechodząc na emeryturę. W związku z tem prof. dr. Zygmunt *Radliński*, dotychczasowy kierownik II Klin. Chir. został przesunięty na stanowisko kierownika I. Klin. Chir., a stanowisko p. o. kierownika II. klin. chir. objął doc. dr. Adolf *Wojciechowski*, ordynator oddz. chir. Szpitala Ewangelickiego w Warszawie.

II oddz. chir. Szpitala Dz. Jezus. w Warszawie, po przejściu w stan spoczynku zmarłego później ś. p. dra Z. *Sławińskiego*, został podzielony na dwa oddziały; ordynatury tych oddziałów objęli z d. 1.I. 1936 doc. dr. Jerzy *Rutkowski* i dr. Jan *Walc* [1]).

OTWARCIE ODDZIAŁU.

Dnia 15 kwietnia 1936 r. został otwarty staraniem Z. U. S. i U. S. w Krakowie w nowym Szpitalu Ubezpieczalni Społecznej im. Gabrjela Narutowicza w Krakowie *oddział chirurgji urazowej*, którego kierownictwo objął dr. Juljusz *Zaremba*. Oddział został wyposażony w specjalne urządzenia do leczenia przypadków urazowych.

[1]) Wiadomości z uniwersyteckich klinik chirurgicznych w związku z otwarciem nowego roku akademickiego zamieścimy w z. 2.

ZMARLI.

Doc. dr. Pisarski Tadeusz (1878—1936), ordynator oddziału urologicznego Państwowego Szpitala ś-go Łazarza w Krakowie, zmarł nagle dn. 19 sierpnia r. b.

Dr. Dehnel Marjan (1880—1936), chirurg, b. dyrektor Szpitala w Nowym Dworze, potem w Węgrowie, poseł na Sejm, zmarł nagle dn. 19 września r. b.

Dr. Sławiński Zdzisław (1867—1936), ordynator oddziału chirurgicznego Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, b. prezes Tow. chirurgicznego warszawskiego, zmarł dn. 23 sierpnia r. b. po krótkiej chorobie.

Znany chirurg angielski, *Moynihan*, profesor chirurgji uniwersytetu w Leeds, zmarł w 70 roku życia.

CHIRURG POLSKI

ROK I. WARSZAWA, 15 PAŹDZIERNIKA 1936 R. NR. 1.

DODATEK BIBLJOGRAFICZNY.

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w pierwszem półroczu 1936 r.

Zestawił Dr. H. Ciszkiewicz. (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszem zestawieniu:

Chirurgja Narządów Ruchu i Ortopedja Polska	(Ch. N. R.) zesz. 1—2.
Gastrologja Polska	(Gastr.) Nr. 1—3.
Gazeta Lekarska Śląska Polskiego	(G. L. Śl.) Nr. 1, 2.
Gruźlica	(Gruźl.) Nr. 1—3.
Lekarz Wojskowy	(L. W.) t. 27 Nr. 1—12.
Medycyna	(Med.) Nr. 1—12.
Medycyna Praktyczna	(Med. pr.) Nr. 1—6.
Nowiny Lekarskie	(Now. Lek.) Nr. 1—12.
Pedjatrja Polska	(Ped. Pol.) Nr. 1—3.
Polska Gazeta Lekarska	(P. G. L.) Nr. 1—26.
Polski Przegląd Chirurgiczny	(P. P. Ch.) t. 15 z. 1—3.
Prasa Lekarska (Monografje dla lek. prakt.)	(Monogr.) Nr. 1—6.
Warszawskie Czasopismo Lekarskie	(W. Cz. L.) Nr. 1—24.
Wiedza Lekarska	(W. L.) Nr. 1—6.

CHIRURGJA OGÓLNA.

A. Zakażenia, zapalenia.

1. **Manteuffel-Szoege L.** Istota posocznicy. P. P. Ch. Nr. 2, s. 427—446.
2. **Landesman M.** Leczenie posocznicy. P. P. Ch. Nr. 3, s. 573—592.
3. **Kohan D. i Szenicer S.** O raku wodnym i podobnych sprawach zgorzelinowych. P. P. Ch. Nr. 1, s. 99—109.
4. **Ławrynowicz A.** Stan obecny badań nad beztlenowcami zgorzeli gazowej. L. W. Nr. 12, s. 705—712.
5. **Celarek J.** Surowice przeciw zgorzeli gazowej. L. W. Nr. 1, s. 19—24.
6. **Łążyńska W.** Trzy przypadki zgorzeli gazowej u dzieci. Med. Nr. 7, s. 207—210.
7. **Henke A. B.** Uwagi nad przepłukiwaniem ropowic rozczynem dwuwęglanu sodu. Now. Lek. Nr. 6, s. 188—189.

B. Nowotwory.

8. **Płonskier M.** O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwemi. W. Cz. L. Nr. 8, s. 144—146, Nr. 9, s. 159—163 i Nr. 10—11, s. 184—186.
9. **Klukow S. i Hoffmann W. O.** W sprawie wartości praktycznej odczynów rakowych. P. G. L. Nr. 17, s. 320—322.
10. **Oszacki A. i Kurzweilówna R.** Alkaloza krwi przy nowotworach, jej rozpoznawcze i patogenetyczne znaczenie. P. G. L. Nr. 22, s. 413—418.

CHIRURG POLSKI

ROK I. WARSZAWA, 15 PAŹDZIERNIKA 1936 R. NR. 1.

DODATEK BIBLJOGRAFICZNY.

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w pierwszem półroczu 1936 r.

Zestawił Dr. H. Ciszkiewicz. (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszem zestawieniu:

Chirurgja Narządów Ruchu i Ortopedja Polska	(Ch. N. R.) zesz. 1—2.
Gastrologja Polska	(Gastr.) Nr. 1—3.
Gazeta Lekarska Śląska Polskiego	(G. L. Śl.) Nr. 1, 2.
Gruźlica	(Gruźl.) Nr. 1—3.
Lekarz Wojskowy	(L. W.) t. 27 Nr. 1—12.
Medycyna	(Med.) Nr. 1—12.
Medycyna Praktyczna	(Med. pr.) Nr. 1—6.
Nowiny Lekarskie	(Now. Lek.) Nr. 1—12.
Pedjatrja Polska	(Ped. Pol.) Nr. 1—3.
Polska Gazeta Lekarska	(P. G. L.) Nr. 1—26.
Polski Przegląd Chirurgiczny	(P. P. Ch.) t. 15 z. 1—3.
Prasa Lekarska (Monografje dla lek. prakt.)	(Monogr.) Nr. 1—6.
Warszawskie Czasopismo Lekarskie	(W. Cz. L.) Nr. 1—24.
Wiedza Lekarska	(W. L.) Nr. 1—6.

CHIRURGJA OGÓLNA.

A. Zakażenia, zapalenia.

1. **Manteuffel-Szoege L.** Istota posocznicy. P. P. Ch. Nr. 2, s. 427—446.
2. **Landesman M.** Leczenie posocznicy. P. P. Ch. Nr. 3, s. 573—592.
3. **Kohan D. i Szenicer S.** O raku wodnym i podobnych sprawach zgorzelinowych. P. P. Ch. Nr. 1, s. 99—109.
4. **Ławrynowicz A.** Stan obecny badań nad beztlenowcami zgorzeli gazowej. L. W. Nr. 12, s. 705—712.
5. **Celarek J.** Surowice przeciw zgorzeli gazowej. L. W. Nr. 1, s. 19—24.
6. **Łążyńska W.** Trzy przypadki zgorzeli gazowej u dzieci. Med. Nr. 7, s. 207—210.
7. **Henke A. B.** Uwagi nad przepłukiwaniem ropowic rozczynem dwuwęglanu sodu. Now. Lek. Nr. 6, s. 188—189.

B. Nowotwory.

8. **Płonskier M.** O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwemi. W. Cz. L. Nr. 8, s. 144—146, Nr. 9, s. 159—163 i Nr. 10—11, s. 184—186.
9. **Klukow S. i Hoffmann W. O.** W sprawie wartości praktycznej odczynów rakowych. P. G. L. Nr. 17, s. 320—322.
10. **Oszacki A. i Kurzweilówna R.** Alkaloza krwi przy nowotworach, jej rozpoznawcze i patogenetyczne znaczenie. P. G. L. Nr. 22, s. 413—418.

11. **Gross L.** Wrota zakażenia i zagadnienie odporności w chorobie raka. Med. Nr. 1, s. 18—21.

12. **Bross K.** W sprawie walki z przerzutami nowotworowemi. Med. pr. Nr. 3, s. 74—75.

13. **Manteuffel-Szoege L.** Przypadek mięsaka Ewinga. P. P. Ch. Nr. 2, s. 363—370.

14. **Perzyński J. i Manteuffel-Szoege L.** Przypadek sympatogonioma, dający klinicznie obraz mięsaka kości. P. P. Ch. Nr. 3, s. 539—548.

15. **Bartkowiak Z.** Sarcoma leiomyoblasticum cutis. P. P. Ch. Nr. 3, s. 556—559.

16. **Zienkiewicz A.** Guzy Kruckenberga P. G. L. Nr. 13, s. 244.

Ponadto o nowotworach patrz N-ry: 33, 40, 41, 56—59, 82, 88, 95, 98, 100, 152.

C. K o ś c i, s t a w y, m i ę ś n i e.

17. **Szerszyński B. i Klimkiewicz J.** Zapalenie szpiku kostnego leczone sposobem Orr-Albee'go w świetle spostrzeżeń własnych. P. P. Ch. Nr. 2, s. 352—362.

18. **Goerz J.** Torbielowate - włókniste schorzenie kości, choroba Recklinghausena. Przypadek wyleczony operacyjnie. P. G. L. Nr. 11, s. 200—205.

19. **Gasiński J.** Przypadek wielokrotnych dziedzicznych wyrośli kostno - chrząstkowych. P. G. L. Nr. 23, s. 431—434.

20. **Sterling W. i Stein W.** O t. zw. artropatjach jajnikowych. Med. Nr. 6, s. 161—168.

21. **Reicher E.** Arthroso - arthritis deformans. W. L. Nr. 2, s. 33—37 i Nr. 3, s. 65—71.

D. K r e w, n a c z y n i a k r w i o n o ś n e i c h ł o n n e.

22. **Schwarz S.** O pośredniem przetaczaniu krwi . P. G. L. Nr. 19, s. 352—354.

23. **Frenklowa H. i Chitrukówna K.** Metody i wyniki przetaczania krwi na oddziale niemowlęcym szpitala Anny Marji dla dzieci. Ped. Pol. Nr. 1—3, s. 164—168.

24. **Trzebicka Z.** Przestrzał naczyń udowych. Szew naczyniowy. L. W. Nr. 11, s. 694—698

25. **Tynicki M.** Współczesne metody leczenia chorób żył, żylaków i owrzodzeń goleni. Monogr. Nr. 4, s. 1—28.

E. Z n i e c z u l e n i e, u ś p i e n i e.

26. **Jasieński J.** O znieczuleniu w chirurgji. P. G. L. „Praktyka lekarska", ark. 5.

27. **Zigmud J.** O znieczuleniu krzyżowem. G. L. Sl. Nr. 1, s. 48—50.

27a. **Bielas A.** O uśpieniu ewipanowem. Now. Lek. Nr. 4.

F. W y j a ł a w i a n i e, n a r z ę d z i a, o p a t r u n k i, l e k i.

28. **Sokołowski T.** Nowe drogi techniki wyjaławiania materjału opatrunkowego. P. P. Ch. Nr. 1, s. 133—165.

29. **Wajgiel E.** Nowy model sterylizatora do strzykawek. P. P. Ch. Nr. 2, s. 349—351.

30. **Wajgiel E.** Podpórka dla chorego do łóżka przy zastosowaniu wyciągu na kończynę dolną. P. P. Ch. Nr. 3, s. 522—525.

31. **Garbień A.** Causyth w chirurgji. L. W. Nr. 12, s. 713—721.

32. **Bętkowski T.** 10% rozczyn soli kuchennej jako dożylny lek przeciwporażenny i przeciwskurczowy. Med. pr. Nr. 4, s. 109.

33. **Thursz D.** Doświadczenia z dożylnem stosowaniem alkoholu etylowego w celach przeciwbólowych u chorych na nowotwory złośliwe. W. Cz. L. Nr. 19, s. 339—340.

G. C h i r u r g j a u r a z o w a.

34. **Klebanowski J.** Przypadek ciężkiego porażenia prądem elektrycznym P. P. Ch. Nr. 1. s. 255—270.

35. **Świetłow B.** Nerwica pourazowa i jej miejsce w współczesnej neurologji. P. G. L. Nr. 20. s. 374—376.

Ponadto o urazach patrz. N-ry: 42—44, 51, 86, 137—139, 147, 151.

H. C h i r u r g j a w o j e n n a.

36. **Orlewicz S.** Segregacja rannych, zagazowanych i chorych. L. W. Nr. 10, s. 577—602.

37. **Sokołowski T.** Segregacja rannych. L. W. Nr. 10, s. 603—609.

Ponadto patrz Nr. 147.

I. R a d j o l o g j a.

38. **Kochanowski J.** O rzekomych sprzecznościach między wynikami badań radjologicznych i klinicznych. Med. Nr. 5, s. 121—125.

11. **Gross L.** Wrota zakażenia i zagadnienie odporności w chorobie raka. Med. Nr. 1, s. 18—21.
12. **Bross K.** W sprawie walki z przerzutami nowotworowemi. Med. pr. Nr. 3, s. 74—75.
13. **Manteuffel-Szoege L.** Przypadek mięsaka Ewinga. P. P. Ch. Nr. 2, s. 363—370.
14. **Perzyński J. i Manteuffel-Szoege L.** Przypadek sympatogonioma, dający klinicznie obraz mięsaka kości. P. P. Ch. Nr. 3, s. 539—548.
15. **Bartkowiak Z.** Sarcoma leiomyoblasticum cutis. P. P. Ch. Nr. 3, s. 556—559.
16. **Zienkiewicz A.** Guzy Kruckenberga P. G. L. Nr. 13, s. 244.
Ponadto o nowotworach patrz N-ry: 33, 40, 41, 56—59, 82, 88, 95, 98, 100, 152.

C. K o ś c i, s t a w y, m i ę ś n i e.

17. **Szerszyński B. i Klimkiewicz J.** Zapalenie szpiku kostnego leczone sposobem Orr-Albee'go w świetle spostrzeżeń własnych. P. P. Ch. Nr. 2, s. 352—362.
18. **Goerz J.** Torbielowate - włókniste schorzenie kości, choroba Recklinghausena. Przypadek wyleczony operacyjnie. P. G. L. Nr. 11, s. 200—205.
19. **Gasiński J.** Przypadek wielokrotnych dziedzicznych wyrośli kostno - chrząstkowych. P. G. L. Nr. 23, s. 431—434.
20. **Sterling W. i Stein W.** O t. zw. artropatjach jajnikowych. Med. Nr. 6, s. 161—168.
21. **Reicher E.** Arthroso - arthritis deformans. W. L. Nr. 2, s. 33—37 i Nr. 3, s. 65—71.

D. K r e w, n a c z y n i a k r w i o n o ś n e i c h ł o n n e.

22. **Schwarz S.** O pośredniem przetaczaniu krwi . P. G. L. Nr. 19, s. 352—354.
23. **Frenklowa H. i Chitrukówna K.** Metody i wyniki przetaczania krwi na oddziale niemowlęcym szpitala Anny Marji dla dzieci. Ped. Pol. Nr. 1—3, s. 164—168.
24. **Trzebicka Z.** Przestrzał naczyń udowych. Szew naczyniowy. L. W. Nr. 11, s. 694—698
25. **Tynicki M.** Współczesne metody leczenia chorób żył, żylaków i owrzodzeń goleni. Monogr. Nr. 4, s. 1—28.

E. Z n i e c z u l e n i e, u ś p i e n i e.

26. **Jasieński J.** O znieczuleniu w chirurgji. P. G. L. „Praktyka lekarska", ark. 5.
27. **Zigmud J.** O znieczuleniu krzyżowem. G. L. Sl. Nr. 1, s. 48—50.
27a. **Bielas A.** O uśpieniu ewipanowem. Now. Lek. Nr. 4.

F. W y j a ł a w i a n i e, n a r z ę d z i a, o p a t r u n k i, l e k i.

28. **Sokołowski T.** Nowe drogi techniki wyjaławiania materjału opatrunkowego. P. P. Ch. Nr. 1, s. 133—165.
29. **Wajgiel E.** Nowy model sterylizatora do strzykawek. P. P. Ch. Nr. 2, s. 349—351.
30. **Wajgiel E.** Podpórka dla chorego do łóżka przy zastosowaniu wyciągu na kończynę dolną. P. P. Ch. Nr. 3, s. 522—525.
31. **Garbień A.** Causyth w chirurgji. L. W. Nr. 12, s. 713—721.
32. **Bętkowski T.** 10% rozczyn soli kuchennej jako dożylny lek przeciwporażenny i przeciwskurczowy. Med. pr. Nr. 4, s. 109.
33. **Thursz D.** Doświadczenia z dożylnem stosowaniem alkoholu etylowego w celach przeciwbólowych u chorych na nowotwory złośliwe. W. Cz. L. Nr. 19, s. 339—340.

G. C h i r u r g j a u r a z o w a.

34. **Klebanowski J.** Przypadek ciężkiego porażenia prądem elektrycznym P. P. Ch. Nr. 1. s. 255—270.
35. **Świetłow B.** Nerwica pourazowa i jej miejsce w współczesnej neurologji. P. G. L. Nr. 20. s. 374—376.
Ponadto o urazach patrz. N-ry: 42—44, 51, 86, 137—139, 147, 151.

H. C h i r u r g j a w o j e n n a.

36. **Orlewicz S.** Segregacja rannych, zagazowanych i chorych. L. W. Nr. 10, s. 577—602.
37. **Sokołowski T.** Segregacja rannych. L. W. Nr. 10, s. 603—609.
Ponadto patrz Nr. 147.

I. R a d j o l o g j a.

38. **Kochanowski J.** O rzekomych sprzecznościach między wynikami badań radjologicznych i klinicznych. Med. Nr. 5, s. 121—125.

39. **Sokołowski T.** Nowa metoda radjologicznego badania stawu biodrowego i górnej nasady kości udowej. L. W. Nr. 11, s. 686—693.

40. **Lewenfisz M.** Działanie pośrednie promieni rentgenowskich na nowotwory złośliwe. W. Cz. L. Nr. 6—7, s. 101—106.

41. **Mayer K.** O najczęstszej przyczynie nawrotów raka po naświetleniach współczesnych. Now. Lek. Nr. 1, s. 5—7.

Ponadto patrz N-ry: 84 i 105.

CHIRURGJA SZCZEGÓŁOWA.

A. G ł o w a.

42. **Choróbski J.** Ostre urazy czaszkowo-mózgowe. L. W. Nr. 1 s. 1—18, Nr. 2 s. 98—110, Nr. 3 s. 147—159 i Nr. 4, s. 224—242.

43. **Machniewicz W.** Urazowy krwotok podpajęczynówkowy. L. W. Nr. 12, s. 722—729.

44. **Sieńkowski Z.** Przypadek przepuszczającego wodogłowia wewnętrznego po urazie Med. Nr. 4. s. 101—107.

45. **Skowroński M. J.** Dwa przypadki guza mózgu w obrazie klinicznym, enkefalograficznym i anatomopatologicznym. Now. Lek. Nr. 2, s. 50—54.

46. **Schusterówna H.** Nabłoniak nerwowy przysadki mózgowej. Now. Lek. Nr. 1 s. 14—17.

47. **Rothfeld J. i Jaburek L.** Miażdżyca naczyń mózgowych pod postacią guza mózgu. P. G. L. Nr. 18, s. 329—333.

48. **Danielewicz J.** O ropniach mózgowych i móżdżkowych pochodzenia usznego za rok 1935. P. G. L. Nr. 3, s. 27—28.

49. **Karbowski B. i Mesz N.** Ropień mózgu, usznego pochodzenia powikłany samoistną odmą czaszkową z zejściem pomyślnem. Med. Nr. 7, s. 199—201.

50. **Karbowski B.** Stosowanie lipjodolu w celach leczniczych w ropniach mózgu i móżdżka. W. Cz. L. Nr. 18, s. 322—324.

51. **Wołyński A.** Meningocele pochodzenia urazowego. P. G. L. Nr. 14, s. 261—262.

52. **Weinzieher J.** O leczeniu wrodzonych rozszczepień podniebienia. P. P. Ch. Nr. 1, s. 214—234.

B. S z y j a.

53. **Wołkowyski N.** O torbielach środkowych szyi. Now. Lek. Nr. 8, s. 244—249.

54. **Rutkowski J.** Zapalenie tarczycy i wola. P. P. Ch. Nr. 1, s. 15—16.

55. **Selzer A.** Wól we Lwowie i jego okolicy. P. G. L. Nr. 18, s. 337—339.

C. K l a t k a p i e r s i o w a.

56. **Rutkowski J.** Utajony rak sutka. P. P. Ch.. Nr. 1, s. 17—24.

57. **Kowalczyk J.** Z kazuistyki nowotworów złośliwych sutka. P. P. Ch. Nr. 2, s. 402—411.

58. **Wyszogród D.** Odległe wyniki operacyjnego leczenia nowotworów sutka. P. P. Ch. Nr. 2, s. 393—401.

59. **Granatowicz J.** Rzadki przypadek przerzutu raka sutka do śródpiersia przedniego u osoby młodej w okresie ciąży. Now. Lek. Nr. 3, s. 86—91.

60. **Danielewicz J.** O usuwaniu ciał obcych gładkich z przełyku. P. G. L. Nr. 1, s. 7—8.

61. **Butkiewicz T.** W sprawie wytwarzania przełyku sztucznego. Przypadek ezofagoplastyki metodą Blauela. Med. Nr. 12, s. 363—366.

62. **Sowiakowski J.** Operacyjne usunięcie pocisku z mięśnia sercowego. P. G. L. Nr. 3, s. 21—24.

63. **Jakubowicz M.** Przepuklina śródpiersiowa Gruźl. Nr. 2, s. 146—173.

64. **Piasecki M. J.** Torakoplastyka w zwalczaniu gruźlicy płuc. P. P. Ch. Nr. 1, s. 110—132.

65. **Glass B.** Przebieg kliniczny i badanie pośmiertne przypadku gruźlicy płuc, leczonego torakoplastyką. P. P. Ch. Nr. 3, s. 549—555.

66. **Ostrowski W.** Leczenie operacyjne jam gruźliczych w szczytach płuc. L. W. Nr. 11, s. 641—663.

67. **Ostrowski W.** Przypadek gruźlicy płuc, powikłany ropnem zapaleniem opłucnej, le-

39. **Sokołowski T.** Nowa metoda radjologicznego badania stawu biodrowego i górnej nasady kości udowej. L. W. Nr. 11, s. 686—693.

40. **Lewenfisz M.** Działanie pośrednie promieni rentgenowskich na nowotwory złośliwe. W. Cz. L. Nr. 6—7, s. 101—106.

41. **Mayer K.** O najczęstszej przyczynie nawrotów raka po naświetleniach współczesnych. Now. Lek. Nr. 1, s. 5—7.
Ponadto patrz N-ry: 84 i 105.

CHIRURGJA SZCZEGÓŁOWA.

A. G ł o w a.

42. **Choróbski J.** Ostre urazy czaszkowo-mózgowe. L. W. Nr. 1 s. 1—18, Nr. 2 s. 98—110, Nr. 3 s. 147—159 i Nr. 4, s. 224—242.

43. **Machniewicz W.** Urazowy krwotok podpajęczynówkowy. L. W. Nr. 12, s. 722—729.

44. **Sieńkowski Z.** Przypadek przepuszczającego wodogłowia wewnętrznego po urazie Med. Nr. 4. s. 101—107.

45. **Skowroński M. J.** Dwa przypadki guza mózgu w obrazie klinicznym, enkefalograficznym i anatomopatologicznym. Now. Lek. Nr. 2, s. 50—54.

46. **Schusterówna H.** Nabłoniak nerwowy przysadki mózgowej. Now. Lek. Nr. 1 s. 14—17.

47. **Rothfeld J. i Jaburek L.** Miażdżyca naczyń mózgowych pod postacią guza mózgu. P. G. L. Nr. 18, s. 329—333.

48. **Danielewicz J.** O ropniach mózgowych i móżdżkowych pochodzenia usznego za rok 1935. P. G. L. Nr. 3, s. 27—28.

49. **Karbowski B. i Mesz N.** Ropień mózgu, usznego pochodzenia powikłany samoistną odmą czaszkową z zejściem pomyślnem. Med. Nr. 7, s. 199—201.

50. **Karbowski B.** Stosowanie lipjodolu w celach leczniczych w ropniach mózgu i móżdżka. W. Cz. L. Nr. 18, s. 322—324.

51. **Wołyński A.** Meningocele pochodzenia urazowego. P. G. L. Nr. 14, s. 261—262.

52. **Weinzieher J.** O leczeniu wrodzonych rozszczepień podniebienia. P. P. Ch. Nr. 1, s. 214—234.

B. S z y j a.

53. **Wołkowyski N.** O torbielach środkowych szyi. Now. Lek. Nr. 8, s. 244—249.

54. **Rutkowski J.** Zapalenie tarczycy i wola. P. P. Ch. Nr. 1, s. 15—16.

55. **Selzer A.** Wól we Lwowie i jego okolicy. P. G. L. Nr. 18, s. 337—339.

C. K l a t k a p i e r s i o w a.

56. **Rutkowski J.** Utajony rak sutka. P. P. Ch.. Nr. 1, s. 17—24.

57. **Kowalczyk J.** Z kazuistyki nowotworów złośliwych sutka. P. P. Ch. Nr. 2, s. 402—411.

58. **Wyszogród D.** Odległe wyniki operacyjnego leczenia nowotworów sutka. P. P. Ch. Nr. 2, s. 393—401.

59. **Granatowicz J.** Rzadki przypadek przerzutu raka sutka do śródpiersia przedniego u osoby młodej w okresie ciąży. Now. Lek. Nr. 3, s. 86—91.

60. **Danielewicz J.** O usuwaniu ciał obcych gładkich z przełyku. P. G. L. Nr. 1, s. 7—8.

61. **Butkiewicz T.** W sprawie wytwarzania przełyku sztucznego. Przypadek ezofagoplastyki metodą Blauela. Med. Nr. 12, s. 363—366.

62. **Sowiakowski J.** Operacyjne usunięcie pocisku z mięśnia sercowego. P. G. L. Nr. 3, s. 21—24.

63. **Jakubowicz M.** Przepuklina śródpiersiowa Gruźl. Nr. 2, s. 146—173.

64. **Piasecki M. J.** Torakoplastyka w zwalczaniu gruźlicy płuc. P. P. Ch. Nr. 1, s. 110—132.

65. **Glass B.** Przebieg kliniczny i badanie pośmiertne przypadku gruźlicy płuc, leczonego torakoplastyką. P. P. Ch. Nr. 3, s. 549—555.

66. **Ostrowski W.** Leczenie operacyjne jam gruźliczych w szczytach płuc. L. W. Nr. 11, s. 641—663.

67. **Ostrowski W.** Przypadek gruźlicy płuc, powikłany ropnem zapaleniem opłucnej, le-

czony rozległą torakoplastyką. Med. Nr. 2, s. 43—44.

68. **Glass B.** Jedno z wskazań do wczesnego wykonania operacji Jacobaeusa. W. Cz. L. Nr. 3, s. 49—50.

69. **Berdo N.** Wyrwanie nerwu przeponowego jako uzupełnienie odmy piersiowej w leczeniu gruźlicy płuc. Gruźl. Nr. 2, s. 122—135.

70. **Oszkiel F.** O wartości leczniczej wyrwania nerwu przeponowego. Gruźl. Nr. 2, s. 136—145.

71. **Glass B.** Przyczynek do mechanizmu działania wyrwania nerwu przeponowego. W. Cz. L. Nr. 16, s. 276—277.

72. **Ostrowski W.** Zasady operacyjnego leczenia gruźliczych ropniaków opłucnej. Gruźl. Nr. 2, s. 174—185.

73. **Ostrowski W.** Leczenie operacyjne ropni płuc. Gruźl. Nr. 1, s. 44—62.

74. **Wawrzyniak S.** Ropne sprawy płuc i opłucnej, na podstawie materjału Szpitala Nr. 3 Ubezp. Społ. w Poznaniu za czas od 1932 do 1935. Now. Lek. Nr. 5, s. 137—144.

75. **Zieliński L. i Paszkiewicz R.** Ropne zapalenie opłucnej na podstawie materjału wojskowych szpitali okręgowych za lata 1932—1934. L. W. Nr. 11, s. 664—670.

76. **Śleszyński J.** Ropne zapalenie opłucnej na podstawie materjału 3-go Szpitala Okręgowego za lata 1924—1934. L. W. Nr. 11, s. 671—678.

77. **Santarius K.** Leczenie ropnego zapalenia opłucnej. L. W. Nr. 11, s. 679—685.

78. **Łobacz S.** Przypadek jednoczasowego obustronnego wysięku ropnego w opłucnej. Med. pr. Nr. 2, s. 42—49.

79. **Butkiewicz T.** Leczenie ostrych ropniaków opłucnej. Med. Nr. 10, s. 287—296.

80. **Bincer W.** Próby leczenia ropni płuc solami złota. G. L. Śl. Nr. 1, s. 10—14.

81. **Białynicki-Birula T.** Próba stosowania Actitranu w ropnych zapaleniach opłucnej. P. G. L. Nr. 22, s. 421—422.

82. **Lenski M.** Dwa przypadki pierwotnego raka płuc. Now. Lek. Nr. 7, s. 221—224.

83. **Michalski Z.** Przypadek wessania się guza płuc. Med. Nr. 6, s. 176—178.

84. **Rykała P.** Przyczynek do obrazu rentgenologicznego wtórnych zmian zapalnych opłucno - płucnych, wywołanych schorzeniami jamy brzusznej. G. L. Śl. Nr. 1, s. 14—17.

Ponadto patrz Nr. 145.

D. J a m a b r z u s z n a.

85. **Garbień A.** Operacja plastyczna powłok brzusznych, jako jednoczasowe uzupełnienie niektórych operacyj ginekologicznych. G. L. Sl. Nr. 1, s. 17—23.

86. **Kossakowski J.** Urazy brzucha w wieku dziecięcym. P. P. Ch. Nr. 1, s. 271—302.

87. **Żaorski J.** Leczenie owrzodzeń żołądka i dwunastnicy w świetle własnych przypadków. P. P. Ch. Nr. 1, s. 31—47.

88. **Perewozski A.** O złośliwem zwyrodnieniu wrzodu okrągłego żołądka w związku z materjałem Kliniki Wewnętrznej U. S. B. za lata 1922—1934. P. G. L. Nr. 7, s. 121—123.

89. **Zaorski J.** Odmiana techniki zabiegu wycięcia żołądka metodą Rydygiera. P. P. Ch. Nr. 1, s. 48—57.

90. **Ostrowski T. i Onyszkiewicz T.** Wycięcie łagodzące żołądka. P. P. Ch. Nr. 2, s. 333—340.

91. **Glatzel. J.** W sprawie techniki wycięcia żołądka. P. P. Ch. Nr. 2, s. 341—348.

92. **Bratek-Kozłowski F.** Uchyłek pierwszego odcinka dwunastnicy. P. P. Ch. Nr. 3, s. 497—507.

93. **Gasiński J.** Wady rozwojowe trzustki. P. P. Ch. Nr. 2, s. 376—392.

94. **Trawiński M.** Ropnie trzustki. P. P. Ch. Nr. 1, s. 166—176.

95. **Grott J. W.** Obraz kliniczny raka trzustki. Med. Nr. 5, s. 134—143.

96. **Dąbrowski K. i Stopczyk J.** Wartość rozpoznawcza laparoskopji w schorzeniach wątroby. Med. Nr. 1, s. 14—18.

97. **Mackowski A.** Ropnie wątroby, jako powikłanie zapalenia wyrostka robaczkowego. G. L. Śl. Nr. 1, s. 33—36.

98. **Miedzianowski A.** O pierwotnych rakach wątroby. Now. Lek. Nr. 4 i Nr. 5, s. 150—155.

czony rozległą torakoplastyką. Med. Nr. 2, s. 43—44.

68. **Glass B.** Jedno z wskazań do wczesnego wykonania operacji Jacobacusa. W. Cz. L. Nr. 3, s. 49—50.

69. **Berdo N.** Wyrwanie nerwu przeponowego jako uzupełnienie odmy piersiowej w leczeniu gruźlicy płuc. Gruźl. Nr. 2, s. 122—135.

70. **Oszkiel F.** O wartości leczniczej wyrwania nerwu przeponowego. Gruźl. Nr. 2, s. 136—145.

71. **Glass B.** Przyczynek do mechanizmu działania wyrwania nerwu przeponowego. W. Cz. L. Nr. 16, s. 276—277.

72. **Ostrowski W.** Zasady operacyjnego leczenia gruźliczych ropniaków opłucnej. Gruźl. Nr. 2, s. 174—185.

73. **Ostrowski W.** Leczenie operacyjne ropni płuc. Gruźl. Nr. 1, s. 44—62.

74. **Wawrzyniak S.** Ropne sprawy płuc i opłucnej, na podstawie materjału Szpitala Nr. 3 Ubezp. Społ. w Poznaniu za czas od 1932 do 1935. Now. Lek. Nr. 5, s. 137—144.

75. **Zieliński L. i Paszkiewicz R.** Ropne zapalenie opłucnej na podstawie materjału wojskowych szpitali okręgowych za lata 1932—1934. L. W. Nr. 11, s. 664—670.

76. **Śleszyński J.** Ropne zapalenie opłucnej na podstawie materjału 3-go Szpitala Okręgowego za lata 1924—1934. L. W. Nr. 11, s. 671—678.

77. **Santarius K.** Leczenie ropnego zapalenia opłucnej. L. W. Nr. 11, s. 679—685.

78. **Łobacz S.** Przypadek jednoczasowego obustronnego wysięku ropnego w opłucnej. Med. pr. Nr. 2, s. 42—49.

79. **Butkiewicz T.** Leczenie ostrych ropniaków opłucnej. Med. Nr. 10, s. 287—296.

80. **Bincer W.** Próby leczenia ropni płuc solami złota. G. L. Śl. Nr. 1, s. 10—14.

81. **Białynicki-Birula T.** Próba stosowania Actitranu w ropnych zapaleniach opłucnej. P. G. L. Nr. 22, s. 421—422.

82. **Lenski M.** Dwa przypadki pierwotnego raka płuc. Now. Lek. Nr. 7, s. 221—224.

83. **Michalski Z.** Przypadek wessania się guza płuc. Med. Nr. 6, s. 176—178.

84. **Rykała P.** Przyczynek do obrazu rentgenologicznego wtórnych zmian zapalnych opłucno - płucnych, wywołanych schorzeniami jamy brzusznej. G. L. Śl. Nr. 1, s. 14—17.

Ponadto patrz Nr. 145.

D. J a m a b r z u s z n a.

85. **Garbień A.** Operacja plastyczna powłok brzusznych, jako jednoczasowe uzupełnienie niektórych operacyj ginekologicznych. G. L. Sl. Nr. 1, s. 17—23.

86. **Kossakowski J.** Urazy brzucha w wieku dziecięcym. P. P. Ch. Nr. 1, s. 271—302.

87. **Żaorski J.** Leczenie owrzodzeń żołądka i dwunastnicy w świetle własnych przypadków. P. P. Ch. Nr. 1, s. 31—47.

88. **Perewozski A.** O złośliwem zwyrodnieniu wrzodu okrągłego żołądka w związku z materjałem Kliniki Wewnętrznej U. S. B. za lata 1922—1934. P. G. L. Nr. 7, s. 121—123.

89. **Zaorski J.** Odmiana techniki zabiegu wycięcia żołądka metodą Rydygiera. P. P. Ch. Nr. 1, s. 48—57.

90. **Ostrowski T. i Onyszkiewicz T.** Wycięcie łagodzące żołądka. P. P. Ch. Nr. 2, s. 333—340.

91. **Glatzel. J.** W sprawie techniki wycięcia żołądka. P. P. Ch. Nr. 2, s. 341—348.

92. **Bratek-Kozłowski F.** Uchyłek pierwszego odcinka dwunastnicy. P. P. Ch. Nr. 3, s. 497—507.

93. **Gasiński J.** Wady rozwojowe trzustki. P. P. Ch. Nr. 2, s. 376—392.

94. **Trawiński M.** Ropnie trzustki. P. P. Ch. Nr. 1, s. 166—176.

95. **Grott J. W.** Obraz kliniczny raka trzustki. Med. Nr. 5, s. 134—143.

96. **Dąbrowski K. i Stopczyk J.** Wartość rozpoznawcza laparoskopji w schorzeniach wątroby. Med. Nr. 1, s. 14—18.

97. **Mackowski A.** Ropnie wątroby, jako powikłanie zapalenia wyrostka robaczkowego. G. L. Śl. Nr. 1, s. 33—36.

98. **Miedzianowski A.** O pierwotnych rakach wątroby. Now. Lek. Nr. 4 i Nr. 5, s. 150—155.

99. **Sowiakowski J.** Dwa przypadki pęknięcia pęcherzyka żółciowego. P. P. Ch. Nr. 2, s. 371—375.

100. **Kołodziejska H.** Dwa przypadki raka płaskokomórkowego pęcherzyka żółciowego. Med. Nr. 11, s. 335—338.

101. **Stefanowski M.** Wycięcie śledziony w przypadkach jej powiększenia z marskością wątroby. P. P. Ch. Nr. 1, s. 177—204.

102. **Achmatowicz L.** Przypadek śródbłonkowej wielokomorowej torbieli krezki jelita krętego, powikłanej skrętem. P. P. Ch. Nr. 3, s. 508—521.

103. **Santarius K.** Zwalczanie niedrożności porażennej jelit. L. W. Nr. 6, s. 361—365.

104. **Pyzik E.** W sprawie trudności rozpoznawczych zapalenia wyrostka robaczkowego. L. W. Nr. 10, s. 623—629.

105. **Sellig L.** Znaczenie badania radjologicznego dla rozpoznania przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Gastr. Nr. 3, s. 106—113.

106. **Bobrowski J.** Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego u osobników w wieku podeszłym. W. Cz. L. Nr. 16, s. 273—276.

107. **Ostrowski W.** Spostrzeżenia nad mechaniczną niedrożnością jelit po operacjach z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłanego rozlanem zapaleniem otrzewnej. Med. Nr. 7, s. 204—207.

108. **Kossakowski J.** Przetoka kątnicza (coecostomia) w bardzo ciężkich przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci. Med. Nr. 8, s. 229—234.

109. **Urbańczyk K.** Przypadek ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłanego krwotokiem z owrzodzeń dwunastnicy. P. P. Ch. Nr. 1, s. 316—321.

110. **Szpiro W.** Przypadek wgłobienia wyrostka robaczkowego. P. P. Ch. Nr. 3, s. 560—566.

111. **Sarnaker D.** Ciało obce przyczyną zapalenia wyrostka robaczkowego. P. P. Ch. Nr. 3, s. 567—572.

112. **Abdański S.** Torbiel wyrostka robaczkowego. P. G. L. Nr. 8, s. 143—145.

113. **Łobacz S.** Dodatni wpływ usunięcia wyrostka robaczkowego na niemoc płciową u mężczyzn. Med. pr. Nr. 4, s. 105—108.

114. **Sowiakowski J.** Śródbłoniak krezki poprzecznicy. P. G. L. Nr. 23, s. 434—436.

115. **Warmbrun I.** Skręt esicy. P. P. Ch. Nr. 1, s. 205—213.

116. **Strauss H.** O t. zw. sigmoiditis i perisigmoiditis. Gastr. Nr. 2, s. 52—59.

117. **Rutkowski J.** Rozplemowe i zwężające zapalenie odbytnicy. P. P. Ch. Nr. 1, s. 25—30.

118. **Kohan D.** Ciała obce przewodu pokarmowego (z wyłączeniem przełyku). P. P. Ch. Nr. 1, s. 58—89.

119. **Wiśniewski T.** Pneumokokowe zapalenie otrzewnej u dzieci. P. P. Ch. Nr. 3, s. 477—496 (d. c. n.)

120. **Raczyński J.** Przypadek ostrego zapalenia otrzewnej, wywołanego dwoinkami zapalenia płuc, zakończony pomyślnie. P. P. Ch. Nr. 1, s. 303—307.

121. **Mackowski A.** Pneumokokowe zapalenie otrzewnej. G. L. Śl. Nr. 1, s. 26—33.

122. **Urbańczyk K.** Dziesięć przypadków gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci. Gruźl. Nr. 3, s. 281—289.

123. **Fejgin M.** Przypadek podostrego zespołu otrzewnowego. W. Cz. L. Nr. 14—15, s. 253—255.

124. **Radliński Z.** Epiploitis. Gastr. Nr. 2, s. 47—51.

125. **Wolański R.** O guzach zapalnych sieci. Now. Lek. Nr. 7, s. 211—218.

126. **Hipp F.** Przypadek skrętu sieci u dziecka w wolnej jamie brzusznej. P. P. Ch. Nr. 2, s. 420—426.

127. **Szymoński K.** W sprawie zespołu klinicznego i trudności rozpoznawczych przepukliny przeponowej. P. G. L. Nr. 4, s. 65—67.

128. **Maurer Z.** Trąbka maciczna treścią przepukliny pachwinowej. P. G. L. Nr. 10, s. 182—184.

129. **Peter J.** Doświadczenia i wyniki własne z Laparophosem w chirurgji jamy brzusznej w porównaniu z innemi. W. L. Nr. 4, s. 97—105.

Ponadto patrz N-ry: 32 i 84.

99. **Sowiakowski J.** Dwa przypadki pęknięcia pęcherzyka żółciowego. P. P. Ch. Nr. 2, s. 371—375.

100. **Kołodziejska H.** Dwa przypadki raka płaskokomórkowego pęcherzyka żółciowego. Med. Nr. 11, s. 335—338.

101. **Stefanowski M.** Wycięcie śledziony w przypadkach jej powiększenia z marskością wątroby. P. P. Ch. Nr. 1, s. 177—204.

102. **Achmatowicz L.** Przypadek śródbłonkowej wielokomorowej torbieli krezki jelita krętego, powikłanej skrętem. P. P. Ch. Nr. 3, s. 508—521.

103. **Santarius K.** Zwalczanie niedrożności porażennej jelit. L. W. Nr. 6, s. 361—365.

104. **Pyzik E.** W sprawie trudności rozpoznawczych zapalenia wyrostka robaczkowego. L. W. Nr. 10, s. 623—629.

105. **Sellig L.** Znaczenie badania radjologicznego dla rozpoznania przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Gastr. Nr. 3, s. 106—113.

106. **Bobrowski J.** Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego u osobników w wieku podeszłym. W. Cz. L. Nr. 16, s. 273—276.

107. **Ostrowski W.** Spostrzeżenia nad mechaniczną niedrożnością jelit po operacjach z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłanego rozlanem zapaleniem otrzewnej. Med. Nr. 7, s. 204—207.

108. **Kossakowski J.** Przetoka kątnicza (coecostomia) w bardzo ciężkich przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci. Med. Nr. 8, s. 229—234.

109. **Urbańczyk K.** Przypadek ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłanego krwotokiem z owrzodzeń dwunastnicy. P. P. Ch. Nr. 1, s. 316—321.

110. **Szpiro W.** Przypadek wgłobienia wyrostka robaczkowego. P. P. Ch. Nr. 3, s. 560—566.

111. **Sarnaker D.** Ciało obce przyczyną zapalenia wyrostka robaczkowego. P. P. Ch. Nr. 3, s. 567—572.

112. **Abdański S.** Torbiel wyrostka robaczkowego. P. G. L. Nr. 8, s. 143—145.

113. **Łobacz S.** Dodatni wpływ usunięcia wyrostka robaczkowego na niemoc płciową u mężczyzn. Med. pr. Nr. 4, s. 105—108.

114. **Sowiakowski J.** Śródbłoniak krezki poprzecznicy. P. G. L. Nr. 23, s. 434—436.

115. **Warmbrun I.** Skręt esicy. P. P. Ch. Nr. 1, s. 205—213.

116. **Strauss H.** O t. zw. sigmoiditis i perisigmoiditis. Gastr. Nr. 2, s. 52—59.

117. **Rutkowski J.** Rozplemowe i zwężające zapalenie odbytnicy. P. P. Ch. Nr. 1, s. 25—30.

118. **Kohan D.** Ciała obce przewodu pokarmowego (z wyłączeniem przełyku). P. P. Ch. Nr. 1, s. 58—89.

119. **Wiśniewski T.** Pneumokokowe zapalenie otrzewnej u dzieci. P. P. Ch. Nr. 3, s. 477—496 (d. c. n.)

120. **Raczyński J.** Przypadek ostrego zapalenia otrzewnej, wywołanego dwoinkami zapalenia płuc, zakończony pomyślnie. P. P. Ch. Nr. 1, s. 303—307.

121. **Mackowski A.** Pneumokokowe zapalenie otrzewnej. G. L. Śl. Nr. 1, s. 26—33.

122. **Urbańczyk K.** Dziesięć przypadków gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci. Gruźl. Nr. 3, s. 281—289.

123. **Fejgin M.** Przypadek podostrego zespołu otrzewnowego. W. Cz. L. Nr. 14—15, s. 253—255.

124. **Radliński Z.** Epiploitis. Gastr. Nr. 2, s. 47—51.

125. **Wolański R.** O guzach zapalnych sieci. Now. Lek. Nr. 7, s. 211—218.

126. **Hipp F.** Przypadek skrętu sieci u dziecka w wolnej jamie brzusznej. P. P. Ch. Nr. 2, s. 420—426.

127. **Szymoński K.** W sprawie zespołu klinicznego i trudności rozpoznawczych przepukliny przeponowej. P. G. L. Nr. 4, s. 65—67.

128. **Maurer Z.** Trąbka maciczna treścią przepukliny pachwinowej. P. G. L. Nr. 10, s. 182—184.

129. **Peter J.** Doświadczenia i wyniki własne z Laparophosem w chirurgji jamy brzusznej w porównaniu z innemi. W. L. Nr. 4, s. 97—105.

Ponadto patrz N-ry: 32 i 84.

E. Narządy moczowo-płciowe.

130. **Jasieński J.** Z kazuistyki wad rozwojowych nerki. P. P. Ch. Nr. 3, s. 526—538.

131. **Jankowski T.** Znaczenie pyelografji pionowej (ortostatycznej) w przypadkach opadnięcia nerki. Med. Nr. 5, s. 125—133.

132. **Kohan D.** Wczesny objaw zapalenia torebki tłuszczowej nerki. P. P. Ch. Nr. 1, s. 90—98.

133. **Laskownicki S.** Przyczynek do rozpoznawania i leczenie naczyniaków pęcherza. P. G. L. Nr. 25, s. 476—477.

134. **Motz A.** Elektrochirurgja szyjki pęcherza moczowego i gruczołu krokowego. Med. Nr. 9, s. 263—267.

135. **Ermich S.** Przypadek mnogich polipów męskiej cewki moczowej u 2-miesięcznego dziecka. P. P. Ch. Nr. 2, s. 412—419.

136. **Zienkiewicz A.** Zarośnięcie napletka. P. G. L. Nr. 13, s. 243—244.

F. Kręgosłup, miednica.

137. **Biro M.** Urazy kręgosłupa a zaburzenia w układzie nerwowym. W. Cz. L. Nr. 3, s. 41—44 i Nr. 4, s. 61—65.

138. **Biro M.** Urazy kręgosłupa a choroby układu nerwowego. W. Cz. L. Nr. 14—15, s. 246—252.

139. **Kukliński I.** Czynniki anatomiczne i mechaniczne w złamaniach wyrostków poprzecznych kręgów lędźwiowych. Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 141—151.

140. **Miller W.** Patogeneza zesztywniającego schorzenia kręgosłupa. P. G. L. Nr. 18, s. 333—337.

141. **Fajwlewicz I. i Halpern-Wieliczański H.** Przyczynek do patogenezy zesztywniającego schorzenia kręgosłupa (spondylitis ankylopöetica). Med. Nr. 4, s. 97—100.

142. **Reicher E.** Choroba Scheuermanna. W. L. Nr. 4, s. 107—109.

143. **Raszeja F.** Leczenie nieswoistych spraw zapalnych kręgosłupa. Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 49—84.

144. **Grobelski M.** Leczenie spraw gruźliczych kręgosłupa Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 5—48.

145. **Stopczyk J. i Werkenthin M.** Przetoka oskrzelowa w ropniu opadowym w przebiegu gruźlicy kręgów szyjno-grzbietowych. Gruźl. Nr. 1, s. 38—43.

145a. **Borusiewicz F.** Oderwanie kolca kości biodrowej. Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 173—175.

G. Kończyny górne.

146. **Borusiewicz F.** Usunięcie obojczyka w ropnem zapaleniu kości i następowa jego całkowita regeneracja. Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 177—182.

147. **Ciszkiewicz H.** Złamania kości ramiennej przy rzutach granatem. L. W. Nr. 5, s. 289—298.

H. Kończyny dolne.

148. **Ksieniewicz W.** W sprawie choroby Perthesa. L. W. Nr. 6, s. 353—360.

149. **Kowalski J.** Operacyjne usztywnienie w gruźlicy stawu biodrowego Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 85—88.

150. **Ambros Z.** O plastyce dachu panewki. Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 89—106.

151. **Janik A.** Wyniki operacyjnego leczenia złamań szyjki kości udowej. Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 107—114.

152. **Falkowski J.** Przypadek raka goleni na tle przewlekłego zapalenia szpiku kostnego. P. P. Ch. Nr. 1, s. 235—254.

153. **Szymański A.** Przypadek stopy szpotawej, wywołanej zahamowaniem wzrostu kości piszczelowej. P. P. Ch. Nr. 1, s. 308—315.

154. **Komza J.** O koślawości palucha. Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 115—140.
Ponadto o kończynie dolnej patrz N-ry 25 i 39.

Zakłady Graficzne „DRUKPRASA", Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.

E. N a r z ą d y m o c z o w o - p ł c i o w e.

130. **Jasieński J.** Z kazuistyki wad rozwojowych nerki. P. P. Ch. Nr. 3, s. 526—538.

131. **Jankowski T.** Znaczenie pyelografji pionowej (ortostatycznej) w przypadkach opadnięcia nerki. Med. Nr. 5, s. 125—133.

132. **Kohan D.** Wczesny objaw zapalenia torebki tłuszczowej nerki. P. P. Ch. Nr. 1, s. 90—98.

133. **Laskownicki S.** Przyczynek do rozpozna wania i leczenie naczyniaków pęcherza. P. G. L. Nr. 25, s. 476—477.

134. **Motz A.** Elektrochirurgja szyjki pęcherza moczowego i gruczołu krokowego. Med. Nr. 9, s. 263—267.

135. **Ermich S.** Przypadek mnogich polipów męskiej cewki moczowej u 2-miesięcznego dziecka. P. P. Ch. Nr. 2, s. 412—419.

136. **Zienkiewicz A.** Zarośnięcie napletka. P. G. L. Nr. 13, s. 243—244.

F. K r ę g o s ł u p, m i e d n i c a.

137. **Biro M.** Urazy kręgosłupa a zaburzenia w układzie nerwowym. W. Cz. L. Nr. 3, s. 41—44 i Nr. 4, s. 61—65.

138. **Biro M.** Urazy kręgosłupa a choroby układu nerwowego. W. Cz. L. Nr. 14—15, s. 246—252.

139. **Kukliński I.** Czynniki anatomiczne i mechaniczne w złamaniach wyrostków poprzecznych kręgów lędźwiowych. Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 141—151.

140. **Miller W.** Patogeneza zesztywniającego schorzenia kręgosłupa. P. G. L. Nr. 18, s. 333—337.

141. **Fajwlewicz I. i Halpern-Wieliczański H.** Przyczynek do patogenezy zesztywniającego schorzenia kręgosłupa (spondylitis ankylopöetica). Med. Nr. 4, s. 97—100.

142. **Reicher E.** Choroba Scheuermanna. W. L. Nr. 4, s. 107—109.

143. **Raszeja F.** Leczenie nieswoistych spraw zapalnych kręgosłupa. Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 49—84.

144. **Grobelski M.** Leczenie spraw gruźliczych kręgosłupa Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 5—48.

145. **Stopczyk J. i Werkenthin M.** Przetoka oskrzelowa w ropniu opadowym w przebiegu gruźlicy kręgów szyjno-grzbietowych. Gruźl. Nr. 1, s. 38—43.

145a. **Borusiewicz F.** Oderwanie kolca kości biodrowej. Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 173—175.

G. K o ń c z y n y g ó r n e.

146. **Borusiewicz F.** Usunięcie obojczyka w ropnem zapaleniu kości i następowa jego całkowita regeneracja. Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 177—182.

147. **Ciszkiewicz H.** Złamania kości ramiennej przy rzutach granatem. L. W. Nr. 5, s. 289—298.

H. K o ń c z y n y d o l n e.

148. **Ksieniewicz W.** W sprawie choroby Perthesa. L. W. Nr. 6, s. 353—360.

149. **Kowalski J.** Operacyjne usztywnienie w gruźlicy stawu biodrowego Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 85—88.

150. **Ambros Z.** O plastyce dachu panewki. Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 89—106.

151. **Janik A.** Wyniki operacyjnego leczenia złamań szyjki kości udowej. Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 107—114.

152. **Falkowski J.** Przypadek raka goleni na tle przewlekłego zapalenia szpiku kostnego. P. P. Ch. Nr. 1, s. 235—254.

153. **Szymański A.** Przypadek stopy szpotawej, wywołanej zahamowaniem wzrostu kości piszczelowej. P. P. Ch. Nr. 1, s. 308—315.

154. **Komza J.** O koślawości palucha. Ch. N. R. Nr. 1—2, s. 115—140.

Ponadto o kończynie dolnej patrz N-ry 25 i 39.

Zakłady Graficzne „DRUKPRASA", Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.